

Technická univerzita v Liberci

Ústav zdravotnických studií

Studijní program: B 54 41 Ošetrovatelství

Studijní obor: 5441R009 Všeobecná sestra

TREND DĚTSKÉ OBEZITY

TREND OF CHILD OBESITY

RENATA POLÁKOVÁ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2011

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
Ústav zdravotnických studií
Akademický rok: 2009/2010

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Renata POLÁKOVÁ**
Osobní číslo: **Z08000110**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Trend dětské obezity**
Zadávací katedra: **Ústav zdravotnických studií**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Cíl výzkumu :

Cílem teoretické části je se komplexně zaměřit na dětskou obezitu, zmapovat příčiny a důsledky nadváhy a obezity.

Cílem praktické části je zjistit množství obézních dětí u vybraného vzorku dětí, zaměřit se na působení rodiny a životního stylu vzhledem k dětské obezitě

Východiska :

Obezita je v současné době celosvětový problém, která má za následek další zdravotní obtíže např. kardiovaskulární onemocnění, náchylnost dětí k respiračním onemocněním, častěji se objevují závažná onemocnění (diabetes melitus).

Z důvodu těchto zdravotních dopadů se chci ve své bakalářské práci zabývat do jaké míry má vliv rodinný životní styl na obezitu jejich dětí.

Předpoklady :

Domnívám se, že z celkového počtu dětí praktického lékaře Mudr. Holcové Vlasty ve Frýdlantu, je obézních 10%.

Předpokládám, že rodina a její negativní životní styl má vliv u 90% obézních dětí nebo dětí s nadváhou.

Metoda : Kvantitativní

Technika : Individuální předávaný dotazník

Místo a čas výzkumu :

Ordinace praktického lékaře pro děti a dorost ve Frýdlantu, říjen - listopad 2010


Vzorek :

Klienti praktického dětského lékaře, věková skupina 6 - 11 let, 12 -17 let s nadváhou či obezitou.

Rozsah grafických prací:
Rozsah pracovní zprávy: 50 - 70 stran
Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická
Seznam odborné literatury: viz příloha


Vedoucí bakalářské práce: **Bc. Petra Plašková**
Ústav zdravotnických studií

Datum zadání bakalářské práce: **30. dubna 2010**
Termín odevzdání bakalářské práce: **30. června 2011**


prof. Dr. Ing. Zdeněk Kůs
rektor

V Liberci dne 30. listopadu 2010

L.S.


doc. MUDr. Jaromír Mysliveček, Ph.D.
ředitel



Prohlášení

Byla jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon
č. 121 / 2000 Sb. O právu autorském, zejména § 60 – školní dílo

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých
autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma
povinnosti informovat o této skutečnosti TUL. V tomto případě má TUL právo ode mne
požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné
výše.

Bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a na
základě konzultací s vedoucím bakalářské práce a konzultantem.

Datum

Podpis

Poděkování

Děkuji Bc. Petře Plaškové za vedení mé bakalářské práce, za cenné rady, podněty a připomínky. Především však za čas, který mi věnovala při společných konzultacích i vlastní kontrole vznikající práce.

Anotace v českém jazyce

Jméno a příjmení autora: Renata Poláková

Instituce: Technická univerzita v Liberci

Název práce: Trend dětské obezity

Vedoucí práce: Bc. Petra Plašková

Počet stran: 86

Počet příloh: 8

Rok obhajoby: 2011

Souhrn:

Tato práce je zaměřena na zmapování obezity v dětské populaci (mladší školní věk 6-11 let, starší školní věk 12-18 let) s důrazem na faktory ovlivňující její vznik a rozvoj. Bylo prokázáno, že ve zkoumaném vzorku mají problém s nadváhou či obezitou spíše chlapci. Dotazováním bylo dále zjištěno, že na vznik obezity u dětí má velmi silný vliv právě již existující nadváha v rodině a způsob trávení volného času dětí i celé rodiny (převažující pasivně trávený společný čas), nedostatek spánku, špatný výběr potravin a další stravovací návyky. Tedy vlivy, které lze prevencí a dostatečnou informovaností eliminovat.

Klíčová slova: Dětská obezita, pohybová aktivita, stravovací návyky, pitný režim, zdravý životní styl

Anotace v anglickém jazyce

Name and surname: Renata Poláková

Institution : Technická univerzita v Liberci

Title: Trend of child obesity

Supervisor: Bc. Petra Plašková

Pages: 86

Addenda: 8

Year: 2011

Summary:

This work is focused on describe obesity in the childrens population (younger school age 6-11 years, older school age 12-18 years) with emphasis on the factors, they influence their rise and development. It was proved, that in the researched sample of the children have problem with overweight or obesity rather boys. With questionnaires was found out, that on the rise childrens obesity have very heavy influence just existing overweight in the family and way of spending the free time childrens and whole the family (preponderant passive spending common time), entire lack of sleep, bad choice food and next board`s customs. Then influences, that it is possible with prevent and adequete knowledge eliminate.

Key words:

Child`s obesity, move`s aktivty, board`s custome, dribling regime, healthy way of live

OBSAH:

I. TEORETICKÁ ČÁST	9
ÚVOD	9
1. DĚTSKÁ OBEZITA	10
1.1 Definice obezity	10
1.2 Měření a zjišťování stupně dětské obezity	10
2. RIZIKOVÉ FAKTORY VZNIKU A ROZVOJE DĚTSKÉ OBEZITY	12
2.1 Pohybová aktivita, vliv školy	12
2.2 Stravovací návyky, zdravá výživa	13
2.3 Životní styl rodiny, sociálně-ekonomický status rodiny	21
2.4 Genetické , zdravotní a jiné faktory	22
3. ZDRAVOTNÍ DŮSLEDKY OBEZITY	24
3.1 Kardiovaskulární onemocnění	24
3.2 Ortopedická onemocnění	25
3.3 Metabolická onemocnění	26
3.4 Respirační onemocnění	26
3.5 Psychosociální důsledky	27
3.6 Ostatní onemocnění	28
II. PRAKTICKÁ ČÁST	29
4. METODIKA VÝZKUMU	29
4.1 Popis výzkumného vzorku	30
5. VÝSLEDKY VÝZKUMU A JEHO ANALÝZA	31
5.1 Analýza dotazníkového šetření	31
5.2 Vyhodnocení hypotéz	74
6. DISKUSE	82
ZÁVĚR	85
Seznam bibliografických citací	87
Seznam příloh	89
Přílohy	90
Příloha č.1	90
Příloha č.2	91
Příloha č.3	92
Příloha č.4	93
Příloha č.5	94
Příloha č.6	95
Příloha č.7	96
Příloha č.8	98

I. TEORETICKÁ ČÁST

ÚVOD

Obezita se stává v dnešní době celospolečenským problémem. Alarmující přitom je skutečnost, že přibývá nadváhy a obezity u dětí a adolescentů. Dá se totiž předpokládat, že z obézních dětí vyrostou i obézní dospělí. Nejedná se pouze o estetický problém, ale je to i významné zdravotní riziko. Studie vědců z univerzity v Baltimore sledováním Body Mass index (BMI) totiž prokázaly, že délka života se progresivně zkracuje se vzrůstající tělesnou hmotností.

Cílem teoretické části mé práce by mělo být komplexní zmapování problematiky dětské obezity tzn. shrnutí rizikových faktorů vzniku obezity s důrazem na působení rodiny a jejího životního stylu, a možných důsledků dětské obezity zdravotních i společenských.

Domněnky z teoretické části mé práce bych ráda podložila a potvrdila dotazníkovým průzkumem mezi dětmi a jejich rodiči, které navštěvují ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost MUDr. Vlasty Holcové ve Frýdlantu. Lze totiž očekávat, že procento obézních dětí v cílové skupině bude odpovídat průměrnému procentu obézních dětí ve společnosti tj. cca 10 -15 % (dle studie SZÚ – 6. celostátního antropologického výzkumu dětí v roce 2001 a studie WHO 2008 mělo v roce 2001 obezitu či nadváhu 15,5 % 6-12ti letých dětí a v roce 2008 13,5 %.). Tímto způsobem také zmapuji základní návyky životního stylu těchto dětí.

Z výše uvedených skutečností vyplývá, že je nutné apelovat na rodiče obezitou ohrožených dětí, a věnovat velkou pozornost prevenci vzniku dětské obezity. K tomuto účelu by také měly sloužit poznatky získané touto prací, které mohu bezprostředně předávat dětem i jejich rodičům z pozice dětské zdravotní sestry v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost.

1. DĚTSKÁ OBEZITA

1.1 Definice obezity

Obezita je definována jako nadměrné množství tuku ve vztahu k ostatním tkáním organismu. Současně je provázena řadou morfologických, funkčních, metabolických, biochemických, ortopedických, zdravotních a dalších změn. Často je možné se setkat i s tzv. skrytou obezitou, kdy sice dítě nemá vysokou tělesnou hmotnost, ale má velké procento tuku na úkor svalové hmoty. Toto je způsobeno právě nedostatkem pohybu a nekvalitní stravou. (1)

První varování na riziko vzniku obezity by mělo vzejít od praktických dětských lékařů při pravidelných preventivních prohlídkách. Tyto informace lze zjistit následujícími možnými způsoby.

1.2 Měření a zjišťování stupně dětské obezity

Brocův index

Nejjednodušší orientační způsob zjištění obezity. Dítě by nemělo vážit v kg více než je hodnota, kterou získáme odečtením 100 od výšky dítěte v cm.

Lorentzův vzorec

Vzorec, pomocí kterého zjistíme ideální hmotnost dítěte v závislosti na věku. Je-li dítě těžší než ideální hmotnost o 20–30%, jedná se o mírnou obezitu, je-li tato hmotnost o 30–50 % vyšší, mluvíme o obezitě závažné, pokud jsou naměřené hodnoty vyšší o 50%, je to již těžká obezita.

Pro děti 2–6 leté: $(\text{výška} - 100) - \{(\text{výška} - 123) \times 0,7\}$

6–14 leté: $(\text{výška} - 100) - \{(\text{výška} - 125) \times 0,5\}$

14–18 leté: $(\text{výška} - 110)$

Hmotnostně výškové tabulky (percentilové grafy)

Sledují vývoj dítěte v závislosti na věku a pohlaví, dnes jsou pediatri nejčastěji využívány při zjišťování rizika vzniku obezity (příklady uvedeny v příloze).

Procento tuku v těle

Opět se jedná o parametr, který se v dětské populaci nesleduje v závislosti na čase, dle odborníků by však procento tuku v těle nemělo převýšit 15- 20% u chlapců a 25- 30% u dívek. Výhodou tohoto parametru je skutečnost, že zohledňuje věk a pohlaví.

Může se provádět pomocí kaliperačních kleští, nebo pomocí bioelektrických přístrojů. Při měření pomocí kaliperačních kleští se vychází z předpokladu, že většina tělesného tuku se ukládá do podkožních vrstev. Měří se na několika místech – nad bicepsem, na předloktí, na hrudníku, na břiše, na stehně, na lýtku - tak , že se změří podkožní řase a výsledek se vyhodnotí pomocí tabulek. Při měření pomocí bioelektrických přístrojů (např. bodystat) jsou podstatou různé elektrické odpory tkání, ve kterých je více tuku a ve kterých je více vody.

BMI (Body mass index) – index tělesné hmotnosti

Výpočet je poměrně jednoduchý: tělesná váha (kg) / tělesná výška (m²). Hodnoty tohoto indexu se však u dětí i adolescentů výrazně mění s věkem, nelze tedy přijmout běžně používanou kategorizaci pro dospělou populaci, existují však hraniční hodnoty BMI, které vymezují tři stupně obezity:

věk	chlapci			dívky		
	Mírná	střední	těžká	Mírná	střední	těžká
	Obezita	obezita	obezita	Obezita	obezita	obezita
6-9	19,6- 25,0	25,1-29,0	nad 29,1	19,7- 24,6	24,7- 28,6	nad 28,7
10-13	23,3- 27,5	27,6- 32,5	nad 32,6	23,1- 27,6	27,7- 33,0	nad 33,1
14-18	25,5- 32,5	32,6-38,3	nad 38,4	25,5-30,2	30,3-37,6	nad 37,7

2. RIZIKOVÉ FAKTORY VZNIKU A ROZVOJE DĚTSKÉ OBEZITY

Faktory vzniku obezity mohou být neovlivnitelné (genetické), nebo částečně ovlivnitelné. Za hlavní příčiny však lze považovat změny způsobu stravování (charakter výživy) a způsob života (ubývající fyzická aktivita). Výsledkem je snížený výdej energie, kterému však neodpovídá snížený příjem energie (spíše zvýšený)- (1). Všechny tyto faktory působí souběžně, proto je důležité zaměřit se na všechny. V následujících kapitolách podrobněji některé možné příčiny vzniku obezity zmíním. Některé závislosti se také pokusím prakticky potvrdit na vzorku dotazovaných pacientů (viz praktická část práce).

2.1 Pohybová aktivita, vliv školy

Pohyb je pro děti naprosto přirozenou potřebou, jsou však velmi často dospělými a okolím nuceny tuto svou potřebu omezovat. Vývoj společnosti tento trend významně podporuje. Je možné uvést rozvoj automobilové dopravy, rozvoj komunikačních prostředků a technologií apod. Převládá sedavý způsob trávení volného času. Děti často vzájemně komunikují prostřednictvím sociálních sítí nebo jiných počítačových prostředků. Zvyšuje se také čas, který děti tráví před televizními obrazovkami, neboť se i rozšířila nabídka „zajímavých programů“.

V důsledku těchto skutečností dochází k ubývání svalových tkání u dětí na úkor tukové tkáně a ke zvýšení rizika vzniku obezity a celkovému zhoršení zdravotního stavu dětské populace.

Velmi důležité pro pohyb dětí je zařazování do hodin *tělesné výchovy* dynamické, aerobní zátěže (běhy, hry atd.), která nejvíce podporuje redukci hmotnosti a nadměrného tuku v těle. Naopak statická, anaerobní zátěž, tomuto nebrání. Tuto skutečnost je nutné zohlednit při výuce tělesné výchovy na školách. Počet hodin tělesné výchovy je v dlouhodobém horizontu zachován, důležité je však také vhodné začlenění těchto hodin v rámci rozvrhu školáka tzn. zhruba po 3-4. vyučovací hodině, kdy již významně klesá koncentrace dětí. Výuka školní tělesné výchovy končí na střední škole,

pokud se dítě do této doby nenaučí přijímat pohyb jako nedílnou součást života, později další vliv jakýchkoliv institucí je minimální.(3).

Monitorováním a studiem pohybové aktivity školáků se u nás dlouhodobě a systematicky zabývají pracovníci fakulty tělesné kultury Palackého v Olomouci. Pohybovou aktivitu dětí posuzují podle velikosti denního energetického výdeje v přepočtu na 1 kg hmotnosti a také podle průměrného počtu kroků za den, s rozlišením na den školní a víkendový. Tímto výzkumem v roce 2005 dospěli k závěru, že objem i intenzita pohybové aktivity dětí školního věku je na dolní hranici požadovaných hodnot. Dívky jsou pohybově méně aktivnější než chlapci, o víkendech je pohybová aktivita nižší než ve školních dnech, a je patrná tendence poklesu pohybové aktivity s narůstajícím věkem. Největší podíl pohybové aktivity tvoří chůze. (9)

Pohyb školních dětí se také snaží zatraktivnit podpůrné programy, které pro školáky připravují společnosti podporující zdravý životní styl (např. Státní zdravotní ústav – „S pohybem každý den 2010“). Jedná se různé motivační soutěže, ve kterých mohou děti při splnění daných podmínek vyhrát hodnotné ceny.

Vliv rodiny je v tomto ohledu nezastupitelný, pokud je přirozeně zařazován do denního režimu dítěte pravidelný pohyb (běh, chůze plavání, jízdy na kole apod.), zvýší se tak výdej energie a riziko vzniku obezity se významně sníží.

2.2 Stravovací návyky, zdravá výživa

Pro správný růst a vývoj dětí mají správné stravovací návyky a vyvážená strava zásadní význam. Čím dříve se obezita podchytí, tím lépe, neboť v raném věku se vytváření tukové buňky, jejich počet se většinou již nezmění. Při pozdější redukci váhy se tyto buňky pouze zmenšují.

Již způsob výživy matky v těhotenství může položit základ pro pozdější riziko vzniku obezity u dětí. Těhotné by měly jíst především čerstvé ovoce a zeleninu, čerstvé a netučné maso, čerstvé mléčné výrobky. Důležité jsou pro těhotné obilniny, rýže,

cereálie a pečivo z kterých by měla těhotná žena čerpat až polovinu celé denní dávky energie. Nezbytné jsou pak pro budoucí matku potraviny, které obsahují bílkoviny a proteiny (ryby- tresky, makrely, mléčné výrobky, vejce, luštěniny, rýže). Co se týče minerálů a stopových prvků pak pro ženy před porodem je důležité dbát na přísun jódu, vápníku, železa, hořčíku a fosforu. (39).

Také způsob porodu má z hlediska rizika vzniku obezity svůj význam, děti narozené přirozenou cestou mají více probiotik ve střevě a tím nižší riziko vzniku obezity v pozdějším věku. Probiotika regulují imunitní funkce, působí protizánětlivě, snižují abdominální tuk (tuk kolem břicha), snižují cholesterol.

V prvních měsících života tj. do 6. měsíce věku je pro dítě optimální kojení. Mateřské mléko obsahuje základní živiny bílkoviny, cukry, tuky, minerály (železo, vápník, fosfor, zinek, ad.), stopové prvky, enzymy, hormony, antivirové a antibakteriální faktory, růstové faktory, faktory ovlivňující rozvoj střevní mikroflóry. Mléko tudíž zajišťuje optimální vývoj dítěte z hlediska tělesného růstu, psychického rozvoje, imunologických reakcí a metabolických procesů. Byla prokázána závislost mezi délkou kojení a rizikem vzniku obezity v nižším školním věku – čím déle je dítě kojeno, tím je toto riziko nižší. Důvodem je pravděpodobně bohatý obsah saturovaných mastných kyselin v mateřské mléce (Von Karies - 1999). Kritickým obdobím pro vznik obezity je právě kojenecký věk, kdy vlivem přejímkování dochází ke vzniku tukových buněk. (5)

Dalším důležitým mezníkem ve vývoji stravovacích návyků dítěte je postupné zavádění příkrmů. Správná výživa v tomto období má zajistit adekvátní růst s minimální nemocností (doposud nevyzrálý imunitní systém, rychlý růst a tudíž vyšší nároky na energetický příjem), prevence a minimalizace alergických projevů, dostatečný mentální vývoj apod. Předpokladem zavádění příkrmů je psychomotorická a fyziologická zralost kojence, která je z hlediska žádoucích schopností u donošeného dítěte dosahována nejdříve na konci 4. měsíce života. (kontrola polohy hlavy, sezení, dozrání trávicího systému ve smyslu plně rozvinuté sekrece trávicích enzymů, schopnost efektivního vstřebávání všech živin apod.).

V závislosti na rozvoji dovedností se mění také konzistence podávané stravy. Zavádění jednotlivých složek příkrmů by mělo být postupné i u dětí bez zvýšeného rizika rozvoje alergie tak, aby bylo možno odhalit event. intoleranci určité zaváděné složky. V našich podmínkách je obvykle první součástí zeleninový, resp. masozeleninový příkrm, který je obvykle nabízen místo polední porce mléka. Zpočátku je doporučováno podávat monokomponentní pyré (mrkev, fazole, hrášek), postupně asi v průběhu 2 - 3 týdnů se podávají vícesložkové příkrmy s přidáním libového masa - asi 20 g, toto množství stoupá na 35 g kolem 7. měsíce. Maso se dodává do příkrmu šestkrát týdně, jedenkrát týdně je doporučováno podat polovinu vařeného žloutku.

Posléze je zaváděn ovocný příkrm, zpravidla jako dopolední porce. Ovocné pyré se nesladí a nový druh ovoce se podává samostatně k posouzení event. nesnášenlivosti.. Je možné příkrm smíchat s neslazeným jogurtem. Naposledy je zaváděn cereální příkrm (večer), optimální je podávat malá množství lepku v období, kdy je dítě ještě kojeno (5). Často se stává, že dítě novou potravinu hned napoprvé nepřijme, je důležité tuto mu nabízet opakovaně, ukazuje se že pokus je nutné opakovat i 7x.

Z psychologického pohledu je zřejmé, že děti do 4 let věku si preference vytvářejí podle barev, nejraději mají červenou, žlutou, oranžovou, nejméně mají rádi zelenou. Chuťové zvyklosti a preference získané v tomto období se stávají základem pozdějších výživových stereotypů.

Zhruba do tří let věku dítěte se na příjmu potravy podílí největší měrou fyziologický signál hladu, později hrají velkou roli i jiné podněty než pouze hlad – reklama, emoční situace (dlouhá chvíle, osamělost, napětí, stres). Stejně tak i jídlo používané jako odměna, může vést k zesílení pozitivní hodnoty daného jídla, toto jídlo se stává více žádoucím a atraktivnějším než jiné.

Rodič tedy určuje mantinely, v rámci kterých dítěti nechávají možnost výběru. Rodiče určují, které potraviny jsou doma k dispozici a ze kterých možností si dítě může vybrat. Na druhou stranu příliš pevná rodičovská kontrola nad tím, co děti budou jíst může být kontraproduktivní, protože může působit proti dětské přirozené schopnosti vnímat hlad a pocít nasycení. Mohou tak nechtěně podporovat budoucí přejídání dítěte.

Dítě je často také vystavováno agresivním televizním reklamám, které podporují nezdravé stravovací návyky (stravování ve Fast foodech, pití přeslazených nápojů a podobně).

Stravovací režim dětí

Strava dětí by měla být především pravidelná, rozložená do celého dne tzn. alespoň do pěti jídel během dne. Děti by měly již od nejútlejšího věku snídat. Vynechání snídaně vede kromě jiného ke zvýšené dopolední únavě a tím i ke zhoršenému výkonu dítěte. Mnohé děti také nesvačí, k obědu do školní jídelny pak přicházejí vyhladovělé a přidávají si zejména méně výživově hodnotné přílohy jako jsou knedlíky. V dnešní době je již zpravidla školní stravování na velmi dobré úrovni. Děti si mohou vybírat z více dobře připravených a chutných jídel, které respektují zásady zdravé výživy. Neopomenutelný je také fakt, že školní jídelny hrají také společenskou roli, neboť učí děti i správným zásadám stolování.

Děti které se stravují mimo školní jídelny se pak vymykají kontrole rodičů, neboť si kupují obědy samy podle vlastních preferencí, běžné potom tedy jsou obědy méně výživově hodnotné. Stejně nezdravé je i „uždibování“ mezi jednotlivými jídly, trvání na dojedení celé porce, nebo bránění v možnosti si přidat.

Příliš vydatná pozdní večeře je pro zdravý vývoj dětského organismu nevhodná, neboť tělo spotřebované množství energie není schopno dostatečně zpracovat a nevyužitou energii tak ukládá ve formě tuku. Poslední jídlo by mělo být nejpozději 2 hodiny před tím, než dítě odchází spát.

Pitný režim

Příjem tekutin je dán věkem dítěte a také jeho pohybovou aktivitou. Je důležité dbát na dostatečný příjem tekutin, obzvláště v letních měsících, kdy jsou ztráty zvýšeny pocením. Je nutné si uvědomit, že děti se mohou velmi snadno dehydratovat. Doporučené denní dávky tekutin jsou uvedeny v tabulce níže, tabulka obsahuje celkovou potřebu vody, kterou by měl organismus dostávat nejenom v podobě tekutin, ale i z jiných složek potravy. Nelze čekat až na okamžik kdy potřebu tekutin vyvolá

pocit žízně. Tento pocit však neodpovídá naší potřebě tekutin, takže je nutné pít pravidelně a v malých dávkách během celého dne.

Neméně důležité je i co děti pijí. Z hlediska nutričního jsou preferovány dětské čaje, neperlivá voda, minerálky v kontrolovaném množství, balená neperlivá voda, ředěné ovocné džusy. Naopak nejsou doporučovány dětmi oblíbené slazené dětské nápoje, které neobsahují žádné vitamíny ani minerální látky, nápoje sycené oxidem uhličitým, s obsahem kyseliny fosforečné. Vysoký podíl cukru v nápojích stimuluje chuť do jídla, čímž se zvyšuje energetický příjem. Toto tvrzení platí i o light nápojích, neboť cukr je v těchto nápojích nahrazen umělými sladidly, a jsou ve svém důsledku stejně sladké.

Věk, hmotnost	doporučené množství tekutin
kojenec (do 1 roku života)	150-180 ml/kg hmotnosti
dítě 10-20 kg	1000 ml+50 ml za každý kg nad 10kg
Dítě nad 20 kg	1500 ml+20 ml za každý kg nad 20kg
dospělý člověk	min.0,5 litru na každých započatých 15 kg

Správná skladba potravy

Potravou jsou přijímány prvky, které jsou nezbytné pro správný růst a vývoj dětského organismu. (tuky, bílkoviny, sacharidy, minerální látky, vitamíny – v dalším textu zmíním jen ty nejdůležitější). Jejich vzájemný poměr je určující pro správnou skladbu potravy.

V jednotlivých obdobích dětského vývoje je zvýšená potřeba určitých prvků potravy. V období batolete je to zvýšená potřeba bílkovin, vápníku, železa, zinku, předškolní dítě by mělo dostávat dostatek železa, vápníku, vitamínů A a C z důvodu zvýšené potřeby energie, školáci již nemají takovou spotřebu energie, nicméně je pro ně důležitý dostatek vápníku, železa, jódu, vitamínu C.

Jednou ze základních složek potravy jsou **bílkoviny**, které mají být přijímány jak v živočišné, tak rostlinné podobě. Organismus si z těchto bílkovin tvoří velké množství vlastních kyselin, které plní významné funkce v organismu, jedná se především o stavební, ochrannou, transportní, zásobní, chemickou a další funkce. Stejně tak významné je i množství dodávaných bílkovin, neboť pro zdravý vývoj je negativní nadbytek i nedostatek bílkovin.

Významným zdrojem energie u nejmenších dětí jsou **tuky**. V pozdějším období je však nutné jejich přísun omezit, neboť právě v tomto okamžiku může vzniknout riziko pozdější nadváhy a nemocí s nadváhou související (ateroskleróza, vysoká hladina krevního cholesterolu apod.) V tucích je také rozpustná celá řada vitamínů, tvoří vnitřní ochranu orgánů, slouží také jako tepelná izolace (zvláště u nejmenších dětí), a v neposlední řadě obsahují nezbytné mastné kyseliny, které tvoří buněčné membrány. V potravě dětí je nutné sledovat tzv. skryté tuky, které jsou obsaženy v průmyslově vyráběných produktech.

Co do energetického poměru jednotlivých živin tvoří nejvýznamnější část **sacharidy** (někdy nesprávně nazývané uhlovodany nebo karbohydráty). Jsou to látky, které jsou rostlinného původu a vznikají fotosyntézou. Základní stavební jednotkou je monosacharidová jednotka. Z hlediska počtu jednotek dělíme sacharidy na monosacharidy (glukóza, fruktóza, galaktóza), oligosacharidy (disacharidy – sacharóza, laktóza, maltóza) a polysacharidy (škrob, celulóza, glykogen, vláknina). Sacharidy přijaté potravou se pomocí trávicích enzymů štěpí na monosacharidy, které vyživují a dodávají energii buňkám. V potravě by měly převažovat sacharidy složené před jednodušími.

Se sacharidy úzce souvisí i pojem **glykemický index (GI)**, který udává do jaké míry je sacharidová potravinu schopna zvýšit hladinu cukru v krvi (glykémie). Toto zvýšení provokuje slinivku břišní k vyplavení hormonu inzulínu. Čím více hladina cukru stoupne, tím více inzulínu je zapotřebí. Inzulín je navíc „tukotvorný“ hormon, který podněcuje k nadměrnému ukládání tukových zásob. Ve zdravé výživě by tedy měly převažovat potraviny s nízkým příp. středním glykemickým indexem (viz tabulka níže) (4).

Nízký GI	střední GI	Vysoký GI
<i>ovoce</i>		
avokádo, citróny jahody, ořechy rybíz, třešně....	ananas, broskve, pomeranče, jablka Banány, meruňky...	sušené datle a fíky
<i>zelenina luštěniny</i>		
brokolice, květák, okurky, papriky, špenát, všechny druhy luštěnin	brambory, kukuřice meloun, mrkev	žádné
<i>pečivo, obiloviny</i>		
žádné	celozrnná mouka rýže natural, těstoviny ,	koblihy, koláče, cereálie, rohlík,.....
<i>sladkosti</i>		
hořká čokoláda, náhradní sladidla	musli tyčinky, čokolády bebe sušenky	cukr, med, sušenky, bonbóny...
<i>mléčné výrobky</i>		
žádné	kysané mléčné výrobky jogurt, tvaroh, mléko	
<i>nápoje</i>		
minerálky, sirupy s náhradním sladidlem	džusy, kakao, víno	limonády, pivo

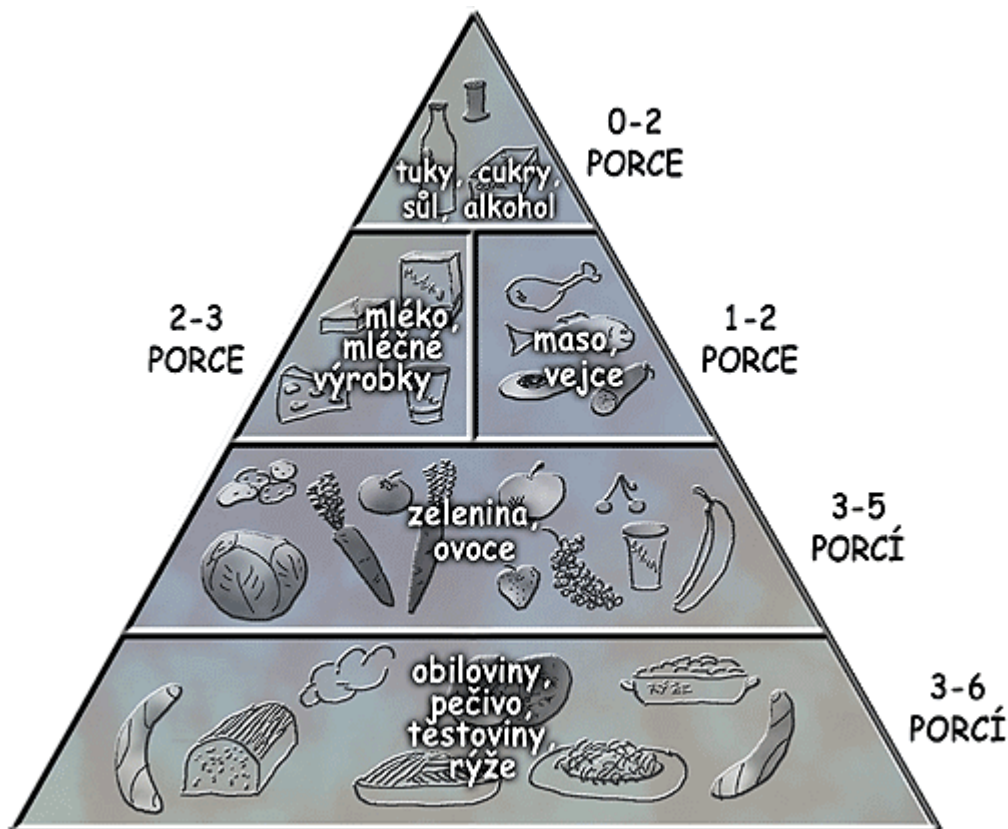
K nezbytným složkám potravy se také řadí **vitamíny**. Rozlišují se vitamíny rozpustné v tucích (A, D, E, K) a vitamíny rozpustné ve vodě (vitamíny skupiny B). Také zde je nutné sledovat množství přijímaných vitamínů, neboť jejich nadbytek i nedostatek má za následek nerovnováhu organismu.

K udržení vnitřního prostředí, k činnosti enzymů, k přeměně látek, k činnosti nervové soustavy atd. slouží **minerální látky**. Některé minerální látky je nutné dodávat ve zvýšených dávkách tzv. makroprvky (vodík, uhlík, dusík, draslík, hořčík, vápník...),

další stačí dodávat v množstvích okolo několika miligramů tzv. stopové prvky (železo, měď, zinek, mangan, křemík...).

Poměr zastoupení jednotlivých druhů potravy ve stravě vyjadřuje **potravinová pyramida** (viz níže) . Potraviny umístěné v základně pyramidy (přílohy – brambory, obilniny, těstoviny) by se měly jíst nejčastěji a v největším množství . Směrem k vrcholu pyramidy je lepší být při výběru potravin střídmejší.

Zelenina je sice chudá na obsah bílkovin, cukrů a tuků , ale její přínos je především ve vysokém obsahu vitamínu C, B, minerálních látek zvláště draslíku, hořčíku. Obdobné složení minerálních látek a vitamínů je v *ovoci* (záleží na druhu). *Maso* je zase významným zdrojem plnohodnotných bílkovin, tuků, minerálních látek, zvláště dobře využitelného železa, vitamínů A,D, B. Pro svůj vysoký obsah esenciálních kyselin a vysoce kvalitních bílkovin je neopomenutelné i *vejce*. Nejvýznamnějším zdrojem sacharidů a bílkovin jsou *obiloviny*, které jsou charakteristické horší využitelností minerálních látek. *Luštěniny* jsou ceněny jako významný zdroj mastných kyselin a bílkovin.



<http://www.anabell.cz/index.php/anabell-brno/edicni-a-edukacni-centrum/edicni-cinnost/potravinova-pyramida>

Potravinová pyramida je tak rychlým ukazatelem o správnosti a vyváženosti potravy. Je výsledkem spolupráce nutričních specialistů, a obsahuje realistická výživová doporučení v následujících krocích. Dodržování těchto kroků je považováno za dobrý předpoklad při prevenci obezity v nejširší populaci.

Zásady správné výživy u dětí by měly splňovat rovnováhu mezi příjmem a výdejem energie. Základem správné výživy je její pestrost. Děti by tedy měli konzumovat :

- Pět porcí ovoce a zeleniny denně
- Celozrnné pečivo
- Maso a ryby
- Dvakrát denně mléko a mléčné výrobky (s obsahem tuku do 5%)
- Minimální množství soli
- Pravidelný pitný režim (nejvhodnější je voda, ovocné džusy bez přidaného cukru, čaje) (40)

2.3 Životní styl rodiny, sociálně-ekonomický status rodiny

Velký vliv na vznik dětské obezity má především rodina, její stravovací návyky, způsob trávení volného času. Rodiče pro dítě vždy představují vzor, proto se snaží je napodobovat i v těchto směrech. Pokud rodiče sportují, vstoupí tuto zcela přirozenou součást života i svým dětem.

Celostátní antropologický výzkum dětí a mládeže v roce 2001 na vzorku 5967 dětí ve věku 7- 11 let prokázal, že děti rodičů s vyšším BMI trpí jednoznačně častěji nadměrnou hmotností a obezitou., stejně tak i prokázal závislost úrovně vzdělání rodičů na obezitě dětí tzn. čím vyšší vzdělání rodičů, tím menší riziko vzniku dětské obezity. Rodiče mají k dispozici mnoho prostředků , jimiž mohou působit na dítě. Kromě jídelních praktik je to i jejich vlastní příklad v mnoha oblastech společného života. Je zřejmé, že v tomto ohledu je úloha matky mnohem důležitější než úloha otce, neboť právě matka kontroluje příjem potravy. Velký význam proto mají představy matek o tom, co je správná výživa a jaké jsou vhodné jídelní praktiky. Jedním z problémů je také to, že rodiče nedovedou včas rozpoznat riziko obezity u dětí. Podcenění nadváhy

může být dáno i tím, že se rodiče smířili se svou vlastní obezitou, považují ji za geneticky danou.

Poměrně překvapivá je však skutečnost, kterou tento výzkum také zmínil, že i vliv počtu dětí v rodině má vliv na vznik nadměrné hmotnosti u dítěte (čím více dětí v rodině, tím nižší riziko nadváhy u jednotlivých dětí) (1).

Podle studie pediatrů z Northwestern Univerzity z roku 1999 je také u dětí ve věku 3-18 let prokázána závislost mezi obezitou a délkou spánku. Sklon k obezitě může přitom významně snížit časnější ulehání ke spánku a pozdější vstávání. Dětem školního věku je doporučován spánek v délce 10 až 11 hodin denně. V důsledku nedostatku spánku dochází k následné hormonální nerovnováze (orexiny , ghrelin), která způsobuje zvýšenou chuť k jídlu. Tyto hormony regulují příjem potravy a pocity ospalosti lidského organismu. Bylo prokázáno, že při nedostatku potravy zvýšená tvorba orexinů působí zvýšení bdělosti (31)

2.4 Genetické , zdravotní a jiné faktory

Dalším faktorem kromě výše uvedených jsou i genetické dispozice. Částečně je lze eliminovat zvýšeným úsilím při dodržování správných stravovacích návyků. Přesto existují individuální, převážně geneticky kódované faktory, které narušují energetickou rovnováhu.

Jistou úlohu při vzniku obezity sehrávají i hormonální vlivy, je to především snížená funkce štítné žlázy (hypothyreóza) a zvýšená hladiny hormonů kůry nadledvin (Cushingův syndrom). *Hypothyreóza* je snížená funkce štítné žlázy zpravidla způsobená nedostatečnou tvorbou jejích hormonů. Hlavní příčinou je autoimunní postižení tyreoidy . Je charakterizována zpomalením psychomotorického tempa, zimomřivostí, bradykardií, zácpou a přírůstkem hmotnosti (6). *Cushingův syndrom* je hyperkorticismus nadledvinového původu vyvolaný nadměrnou sekrecí glukokortikoidních hormonů a to zejména kortizolu fascikulární zóny kůry nadledvin (6). Tento syndrom má za následek centripetální obezitu s nahromaděním tuku na břicho, hrudníku a ramenou, útlé končetiny a úbytek svalové hmoty v gluteální oblasti.

I některé léky mohou zvyšovat chuť k jídlu a přispívat tak k rozvoji nadváhy. Jsou to především antidepresiva, neuroleptika, glukokortikoidy apod.

Dalšími zdravotními faktory, se kterými je spojeno vyšší riziko vzniku nadváhy a obezity jsou pseudohypoparathyreóza IA, Becwith-Widemannův syndrom, Prader Willi syndrom a jiné. *Pseudohypoparathyreóza IA* je stav vyvolaný vrozenou rezistencí receptorů v renálních tubulech i v kostech na parathormon, což má za následek dysmorfický syndrom (kulatý obličej, opoždění růstu, mikrodaktylii), mentální retardaci a chronickou hypokalcemickou tetanii. (I.Poršová – Endokrinologie v praxi, Grada 1996). *Becwith- Wiedermannův syndrom* je genetické onemocnění nazývané také syndrom nadměrného růstu, typická je nízká hladina cukru v krvi, přerůstání některých částí těla, makroglosie atd.

Prader Willi syndrom je nevyléčitelné genetické onemocnění, které je způsobeno poruchou 15. chromozomu (četnost 1: 15000 narozených dětí). Typickými rysy tohoto onemocnění jsou hypotonie, hypogonadismus, obezita, poruchou funkce endokrinního systému a centrálního nervového systému. Většina lidí s Prader Willi syndromem má charakteristický vzhled (úzké čelo, malé nohy a ruce, oči ve tvaru mandle) a podprůměrnou inteligenci.

Vědci z Endokrinologického ústavu v Praze pod vedením RNDr. Daniely Vejražkové PhD. publikovali v roce 2010 výsledky svého výzkumu, ve kterém se věnovali studiu rizika vzniku diabetu 2. typu a dalších metabolických poruch v závislosti na porodní hmotnosti. Byla nalezena asociace porodní hmotnosti s BMI a se složením těla v dospělosti. Nízká porodní hmotnost byla asociována s vyššími stimulovanými hodnotami glykémie a nižší periferní inzulinovou senzitivitou. Genetická analýza nasvědčuje tomu, že určité geny jsou zapojeny do regulace konečné hmotnosti novorozence. Ze studie tedy jednoznačně vyplývá, že údaje o porodní hmotnosti jsou zásadní pro riziko vzniku diabetu mellitus 2. typu a dalším metabolických patologií (obezity, hypertenze, kardiovaskulárních poruch). (34).

3. ZDRAVOTNÍ DŮSLEDKY OBEZITY

3.1 Kardiovaskulární onemocnění

Obezita je jedním z rizikových faktorů pro vznik *primární hypertenze*. Dalšími příčinami mohou být hyperaktivita sympatického vegetativního systému, vyšší koncentrace intracelulárního sodíku a vápníku atd. Zpočátku se vysoký tlak klinicky příliš neprojevuje, u chronické hypertenze dochází k hypertrofii levé komory srdeční, což má za následek větší požadavky na koronární zásobování. Pokud je současně v těchto tepnách arterioskleróza, mohou se objevit příznaky *anginy pectoris*. Příčinou tohoto onemocnění je právě spasmus věnčité tepny v místě postiženém arteriosklerózou. Nemocní vnímají pocity tíže, sevření a tlaku nepatrně vlevo od střední čáry hrudníku s vyzařováním do celé levé končetiny.

Záchvaty bývají provokovány rychlou chůzí, při práci, stresem, nadměrným zatížením trávicího traktu po konzumaci jídla vysoké kalorické hodnoty apod. Záchvat trvá několik minut, pokud je tato doba delší jak 30 minut, je nutné uvažovat o *infarktu myokardu*. Tato náhlá příhoda srdeční vzniká pokud část srdečního svalu není po určitou dobu zásobena krví. Nejčastější příčinou bývá koronární trombóza, ve většině případů levé tepny, která zásobuje větší část srdce a častěji bývá postižena arteriosklerotickým procesem. Tato náhlá příhoda nastává bez předchozích varujících příznaků a bývá pocíťována jako prudká skličující bolest za hrudní kostí, slabost, úzkost, pocit nedostatku vzduchu. Intenzita příznaků je dána rychlostí vzniku uzávěru tepny (8). Proto se tolik soustředujeme již na podchycení obezity v dětství, abychom předešli těmto komplikacím v dospělosti.

U obézních dětí se také často vyskytuje *spánková apnoe*, která je charakterizována opakovanými epizodami přerušení, nebo omezení dýchání v průběhu spánku. Tato přerušení jsou vyvolána buď obstrukcemi horních cest dýchacích nebo poruchou řízení dýchání v průběhu spánku. Tato porucha bývá spojována také s dalšími kardiovaskulárními a metabolickými onemocněními

3.2 Ortopedická onemocnění

Nadměrná hmotnost zatěžuje celý pohybový aparát, trpí jí všechny velké klouby v těle a dochází k omezení jejich pohyblivosti.. Pro děti trpící obezitou je charakteristická také odchylka páteře v rovině frontální – *skolióza* a odchylky v rovině sagitální – *kýfóza*, a to především v oblasti hrudníku.

Coxa vara je deformita kyčle, kdy se úhel mezi hlavicí a stehenní kostí zmenší na méně než 120 stupňů. Následkem toho se noha zkracuje a postižený proto kulhá. Může se objevit i v případě, že je kostní tkáň v zadní části stehenní kosti měkčí než normálně a může se proto deformovat pod vahou těla.

Obezita spolu s dalšími faktory jako jsou genetické dispozice, přetěžování nebo poškození kloubu, ale i hormonální vlivy jsou příčinou *artrózy*. Jedná se o chronické nezánettlivé onemocnění kloubů. Těžištěm nemoci je degenerace kloubních chrupavek, jejich nedostatečná obnova a vysychání. Dle lokalizace se poté mluví o gonartroze u kolena, coxartroze u kyčle, risartroze u kloubů ruky a spondylartroze u páteře.

Artróza se rozvíjí velice pomalu několik let až desítky let. Začíná se projevovat změnami v metabolismu chrupavky, což narušuje její stavbu a dochází ke ztrátě pevnosti a pružnosti. Na jejím povrchu se začínají objevovat drobné trhlinky, chrupavka se nerovnoměrně ztenčuje. První potíže se dostaví až ve chvíli, kdy již není plně schopna plnit svou funkci, což vyvolá zvýšenou zátěž okolních tkání. Subchondrální kost ve snaze stabilizovat kloub začne měnit svojí strukturu, na okrajích se tvoří výrůstky – osteofyty. Ty však omezují i pohyblivost kloubu a v pozdější fázi ho mohou deformovat. (8)

Dalším z onemocnění, které provázejí obezitu je *plochá noha*. Toto onemocnění je považováno za zcela normální do dvou let věku dítěte . Postupně však dochází k vbočování kolen a postavení paty se upravuje v závislosti na rozvoji svalů a vazů celé končetiny včetně svalů a vazů nohy, takže koncem předškolního věku je již klenba normálně vyvinuta. Nadměrná zátěž nohou a špatná péče o správné obouvání může zvláště v období růstu způsobit zafixování odchylek od správného postavení nohou a vznik plochonoží.

3.3 Metabolická onemocnění

Diabetes mellitus je skupina onemocnění, pro kterou je charakteristická hyperglykemie na podkladě nedostatečné sekrece nebo účinku inzulínu. Ten je produkován endokrinní částí slinivky břišní a snižuje glykemii působením v játrech, kde zasahuje do metabolismu tuků a bílkovin. Nejčastějšími formami diabetu jsou typ 1 a typ 2. Pro diabetes mellitus 1. typu je typický absolutní nedostatek inzulínu na základě autoimunní destrukce beta buněk pankreatu. Objevuje se zpravidla již v dětství nebo dospívání. Většina pacientů s diabetem 2. typu je právě obézních. Je zde zřejmý i genetický faktor. Na hyperglykémii se nejvíce podílí inzulinorezistence a funkční porucha beta buněk slinivky břišní. U tohoto onemocnění je kromě dostatečné fyzické aktivity, medikamentózní léčby důležitá i dieta, která upřednostňuje potraviny s nižším glykemickým indexem.

Častou další nemocí související s onemocněním diabetu bývá i *ateroskleróza*. Je to časté metabolické onemocnění, které postihuje stěnu tepen a vede k jejich zúžení aterosklerotickým plátem, který vzniká poškozením endotelu, ukládáním materiálu bohatého na lipidy, zánětlivou reakcí ve stěně apod. Kritická situace vzniká rupturou plátu s následným trombotickým uzávěrem tepny. Dalšími rizikovými faktory je porucha metabolismu lipidů (vysoká hladina cholesterolu v krvi), hypertenze a kouření (8).

3.4 Respirační onemocnění

Podle posledních výzkumů je také zřejmá souvislost mezi hmotnostním přírůstkem a zhoršením rozvoje *astmatu*. Mechanismy této souvislosti nejsou zatím jasné. Snížení hmotnosti může u astmatických pacientů zlepšit plicní funkce, což ukazuje možný klinický přínos těchto zjištění. (37).

Asthma bronchiale je onemocnění, které se projevuje generalizovanou, často záchvatovitou obstrukcí dýchacích cest. Podkladem onemocnění je bronchiální hyperreaktivita, jejíž morfologickým vyjádřením je eozinofilní zánět průduškové stěny. Ke vzniku a rozvoji onemocnění přispívá kombinace řady vlivů tzv. induktorů a

triggerů. Induktory jsou vlivy, které dokáží navodit zánět průduškové stěny, triggery nejsou samy o sobě schopny tento zánět vyvolat, ale dokáží tento proces vystupňovat až do obrazu akutního bronchospasmu. (8).

3.5 Psychosociální důsledky

S rozvojem tělesné stavby dítěte se vyvíjí i jeho osobnost , která zahrnuje více dimenzí- temperament, psychické vlastnosti, emocionálnitu, sociální vztahy. Pro obézní dítě je jedním z těžišť právě vztahová stránka a především hodnocení sebe samého (self koncepce). Většina studií , které se doposud věnovali tomuto problému , dospěla k závěru, obézní děti mají horší představu o svém tělesném schématu a nižší sebehodnocení ve srovnání s dětmi s normální hmotností. Nespokojenost s vlastními proporcemi je častější u dívek než u chlapců. Tato nízká sebedůvěra se také negativně projevuje v chuti angažovat se v jakýchkoliv sportovních aktivitách, které jsou nezbytné pro prevenci a léčbu obezity.

Výsledkem negativního hodnocení vlastních tělesných proporcí tak může být i vznik *deprese* . Obézní děti více trpí pocity osamělosti, smutkem a nervozitou, což se může zvláště u adolescentů projevovat častěji kouřením, konzumací alkoholu, zhoršeným výkonem ve škole, absencí apod.(1).

Obézní děti se zpravidla hůře začleňují do kolektivu, trpí sníženým sebevědomím. V důsledku této skutečnosti jsou také často terčem šikany, tyto frustrace však často řeší opět jídlem. Šikana může být fyzická, verbální nebo i vztahová. V dnešní době se také často mluví o kyberšikaně. Obézní děti však mohou být předmětem , ale i iniciátorem.

Život jim také příliš neulehčuje společenské povědomí o obézních lidech jako o neúspěšných , umocňované mediálními prostředky, které vyzdvihují kult štíhlého těla. Tato skutečnost může často vyvolat zvláště u dívek v období dospívání opačný problém, a to poruchy příjmu potravy, které mohou vést až k vážnému ohrožení zdraví. Mezi tyto psychiatrické diagnózy patří mentální anorexie a bulimie.

Mentální anorexie se projevuje nekritickou obavou z obezity i přes zjevné známky podvýživy. Tyto pacienti odmítají potravu, nebo si po jídle vyvolávají zvracení. *Bulimie* je charakterizována záchvaty přejídání, které pacient nedokáže vůlí kontrolovat, následuje pocit viny, a snaha toto selhání kompenzovat zvracením nebo drastickými dietami.(8)

3.6 Ostatní onemocnění

Obezitu provází celá řada kožních onemocnění. Patří mezi ně *erytémy* (zarudlá kůže), které jsou projevem především *mykóz*. Jsou to houbová onemocnění vyvolaná organismy, které se svými vlastnosti blíží rostlinám a bakteriím. Z lékařského hlediska dělíme plísňe na dermatofyty, kvasinky a houby tvořící mycelia. Obézní lidé nejčastěji trpí tzv. kandidózami, které způsobuje kvasinka zvaná *Candida albicans*. Kožní kandidóza (kandidóza interdigitální) se vyskytuje zejména v místech vlhké zapádky (oblast třísel, genitálu, podpaží, pod prsy, oblast krku). Svědí, kůže má červené zbarvení, může být přítomno olupování postižených okrsků.(38).

Na pokožce tlustých lidí vznikají také trhlínky – strie, protože tuk napíná kůži a ta potom praská. Často se zvláště u dívek objevuje také pomerančová kůže (celulitida). Jedná se tedy spíše o problém estetický.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4. METODIKA VÝZKUMU

Ve své bakalářské práci jsem se zaměřila na děti s nadváhou a obezitou, zjištění údajů o jejich sportovních aktivitách ve školním roce, náplni volného času, způsobu stravování.

Pro praktickou část své práce jsem zvolila formu anonymního nestandardizovaného dotazníku (příloha č. 8). Dotazovala jsem se dětí a jejich rodičů, kteří navštěvují ordinaci dětského lékaře Mudr. Vlasty Holcové ve Frýdlantu, kde pracuji jako dětská sestra. Cílem mého dotazníku bylo ověření si stanovených hypotéz.

Hypotéza č. 1: Z celkového počtu dětí praktického lékaře Mudr. Holcové Vlasty ve Frýdlantu, je obézních 10%.

Hypotéza č. 2: Rodina a její životní styl má vliv u 90% obézních dětí nebo dětí s nadváhou.

Součástí dotazníku je také několik doplňujících otázek, které jsou pro kompletní potvrzení či vyvrácení výše uvedených hypotéz velmi důležité.

V úvodu dotazníku jsem respondentům ozřejmila účel dotazníku a požádala je o spolupráci. Dotazník je rozdělen na dvě části. První část je zaměřena na anamnestická data respondenta, druhá část se již zaměřuje na ověření hypotéz.

Dotazník celkem obsahuje 24 otázek, které zahrnují: 10 otázek uzavřených s výběrem jedné alternativy odpovědi, 4 otázky polootevřené s možným doplněním, 10 otázek otevřených.

Vzhledem ke skutečnosti, že jsem oslovovala respondenty přímo v dětské ambulanci, kde pracuji, byla návratnost dotazníků 100% . Pro statistické vyhodnocení odpovědí jsem zvolila formu koláčového grafu.

4.1 Popis výzkumného vzorku

Jako výzkumný vzorek jsem si stanovila děti s nadváhou či obezitou ve věku 6-11 let (mladší školní věk) a děti 12-18 let (starší školní věk) z ordinace praktického lékaře pro děti a dorost. Zjistila jsem, že z celkového počtu 275 dětí mladšího školního věku je dětí s nadváhou či obezitou 45. Z celkového počtu 299 dětí staršího školního věku je dětí s nadváhou či obezitou 60.

Děti byly vždy dotazované v přítomnosti rodičů, první část dotazníku je zaměřena na anamnestická data týkající se porodu, kojení, onemocnění v rodině či vzdělání rodičů, proto otázky byly směřované rodičům. Druhá část dotazníku již byla věnována dětským respondentům.

5. VÝSLEDKY VÝZKUMU A JEHO ANALÝZA

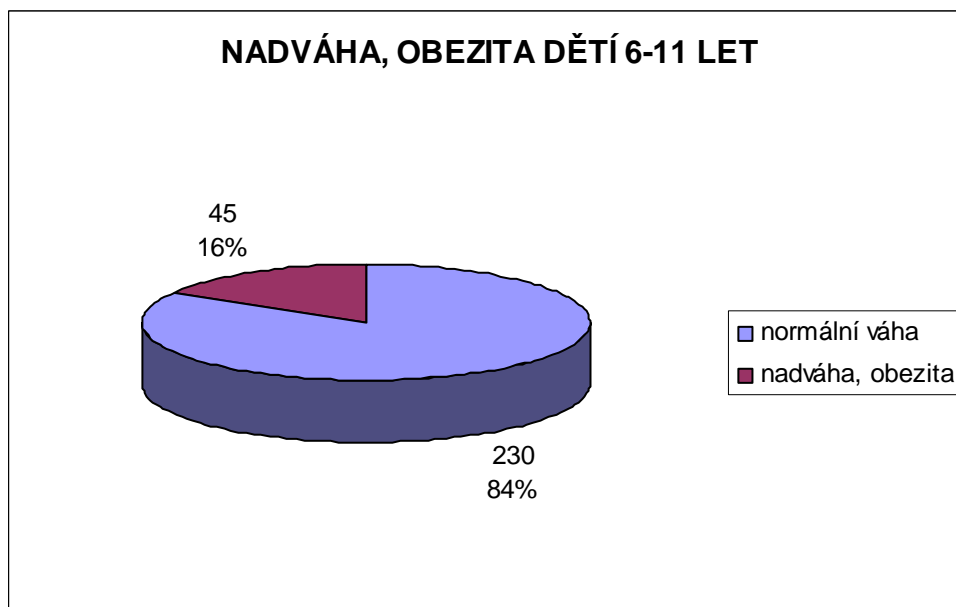
5.1 Analýza dotazníkového šetření

První část dotazníku vyplňovali rodiče respondentů. V této části jsem dělila děti na mladší a starší školní věk jen v otázkách 1, 10, 11.

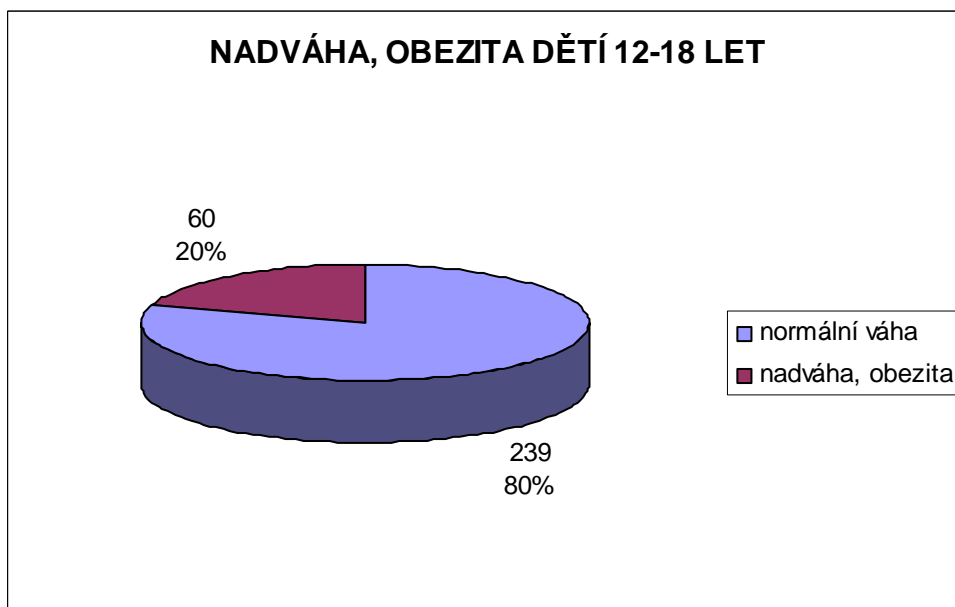
Otázka č. 1

Věk a pohlaví Vašeho dítěte:

V první otázce dotazníku se informuji na věk a pohlaví respondentů. Na věk z důvodu rozdělení skupin na mladší školní věk a starší školní věk.

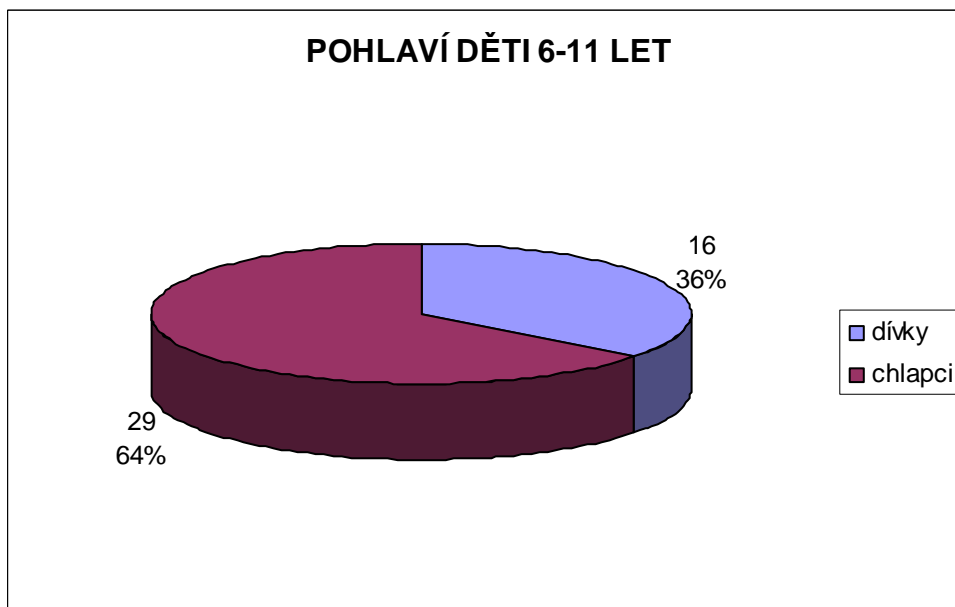


Graf č. 1

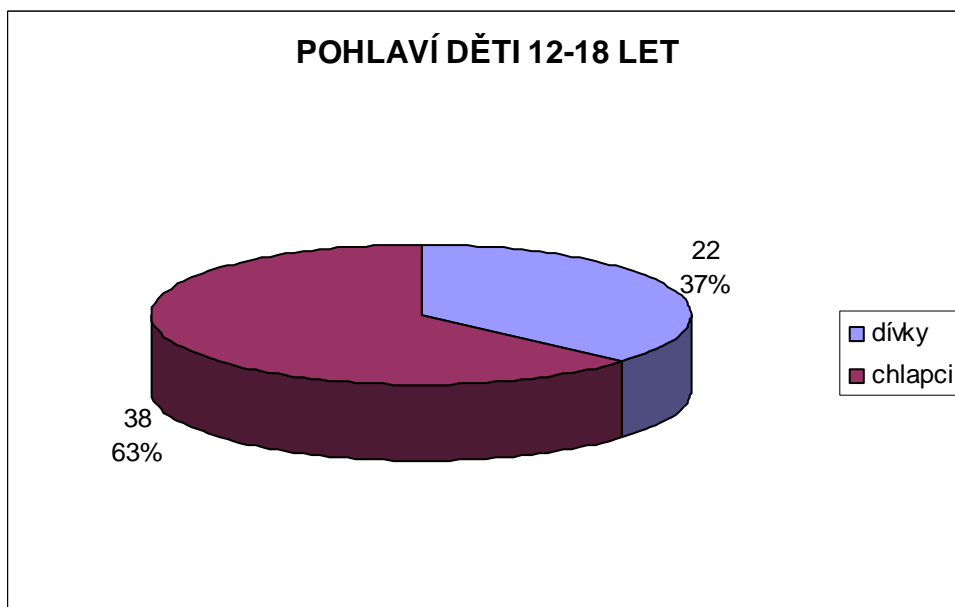


Graf č. 2

Z grafů vyplývá, že z celkového počtu dětí ve věku 6-11 let má nadváhu či obezitu 16% (45 dětí) Ve skupině dětí ve věku 12-18 let má nadváhu či obezitu 20% (60 dětí).



Graf č. 3

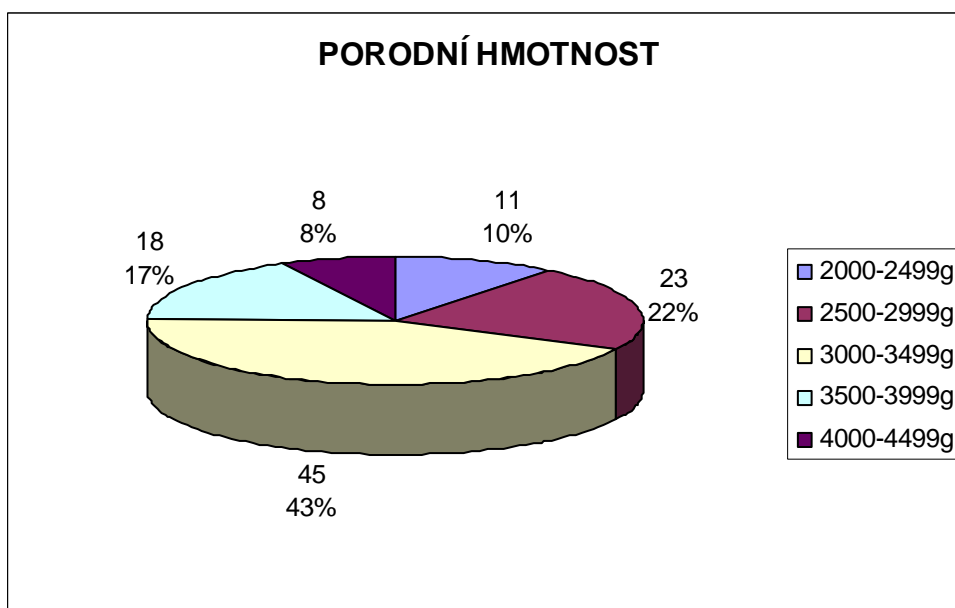


Graf č. 4

Z grafů vyplývá, že u dětí ve věku 6-11 let je zastoupení obezity u mužského pohlaví ve 64% (29 chlapců), ženského pohlaví 36% (16 dívek). Ve věku 12-18 let je chlapců obézních 63% (38 chlapců), dívek 37% (22 dívek).

Otázka č. 2

Porodní hmotnost Vašeho dítěte :



Graf č. 5

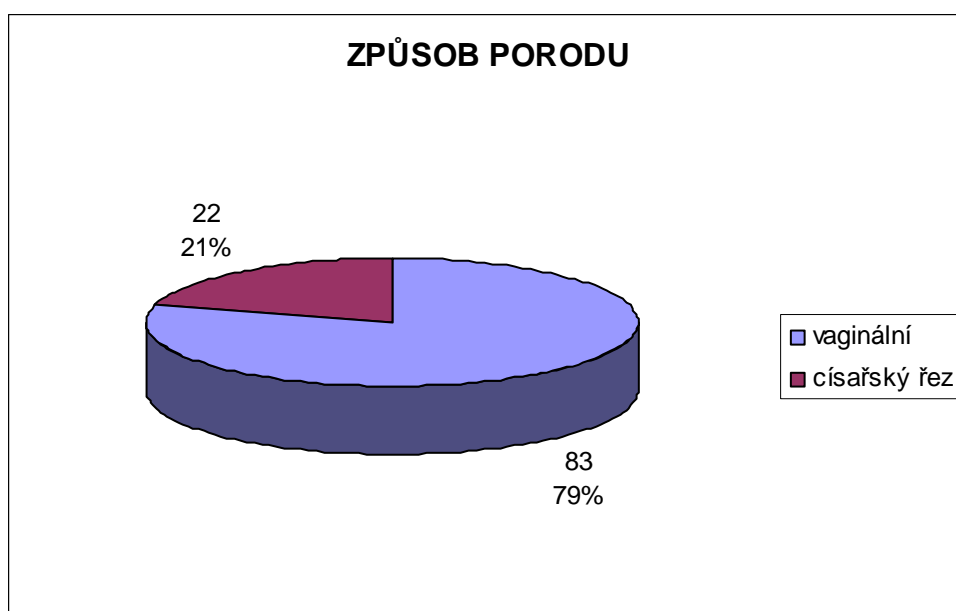
Druhá otázka dotazníku se zaměřuje na porodní hmotnost dětí obou skupin. 10% z dotazovaných (11 dětí) se narodilo s porodní vahou 2000- 2499 g, 22% (23 dětí) s hmotností 2500- 2999 g, 43% (45 dětí) s porodní hmotností 3000- 3499 g, 17 % (18 dětí) s hmotností 3500 –3999 g, 8% (8 dětí) s porodní hmotností 4000- 4499 g.

Otázka č. 3

Způsob porodu :

Možnosti odpovědi :

- **Přírozený (vaginální)**
- **Císařský řez**



Graf č. 6

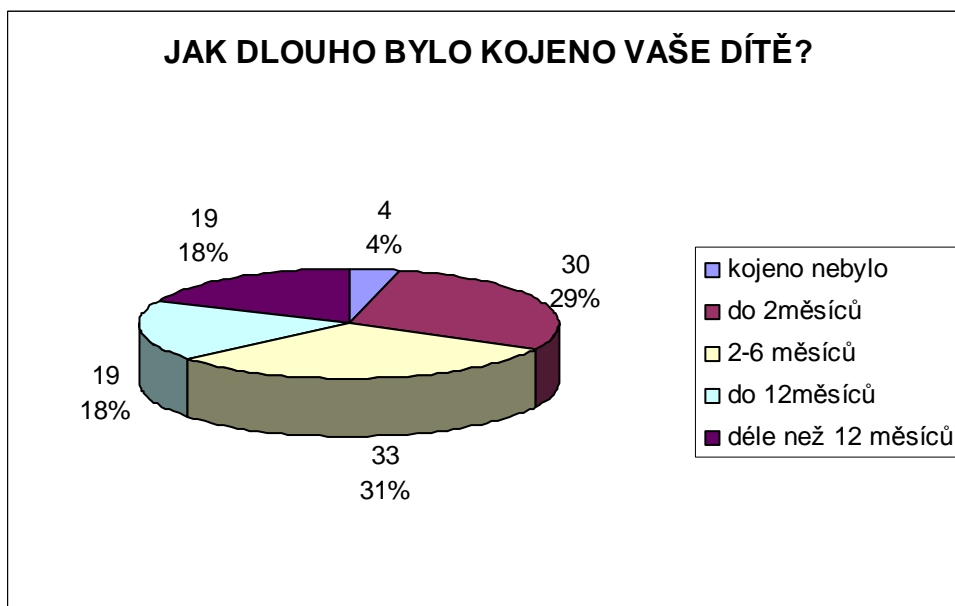
Otázka č. 3 je o způsobu porodu, graf zobrazuje, že vaginální porod byl ze 79 % (83 dětí), císařský porod byl veden ve 21 % (22 dětí).

Otázka č. 4

Jak dlouho bylo kojeno Vaše dítě?

Možnosti odpovědi :

- Kojeno nebylo
- Do 2 měsíců
- 2-6 měsíců
- Do 12 měsíců
- Déle než 12 měsíců



Graf č. 7

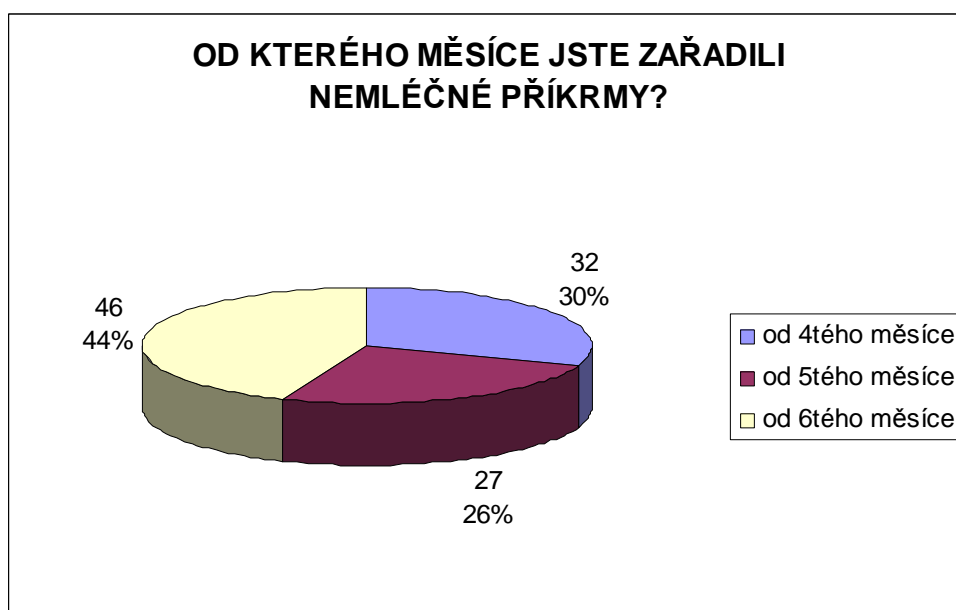
Z grafu je zřejmé, že 4% (4 děti) z celkového počtu dotazovaných nebylo kojeno vůbec, 29% (30 dětí) bylo kojeno pouze do dvou měsíců jejich věku, 31% (33 dětí) bylo kojeno 2-6 měsíců, 18% (19 dětí) bylo kojeno do jednoho roku a 18% (19 dětí) bylo kojeno déle než jeden rok.

Otázka č. 5

Od kterého měsíce jste zařadili nemléčné příkrmy?

Možnosti odpovědi :

- Od 4.-tého měsíce
- Od 5.-tého měsíce
- Od 6.-tého měsíce



Graf č. 8

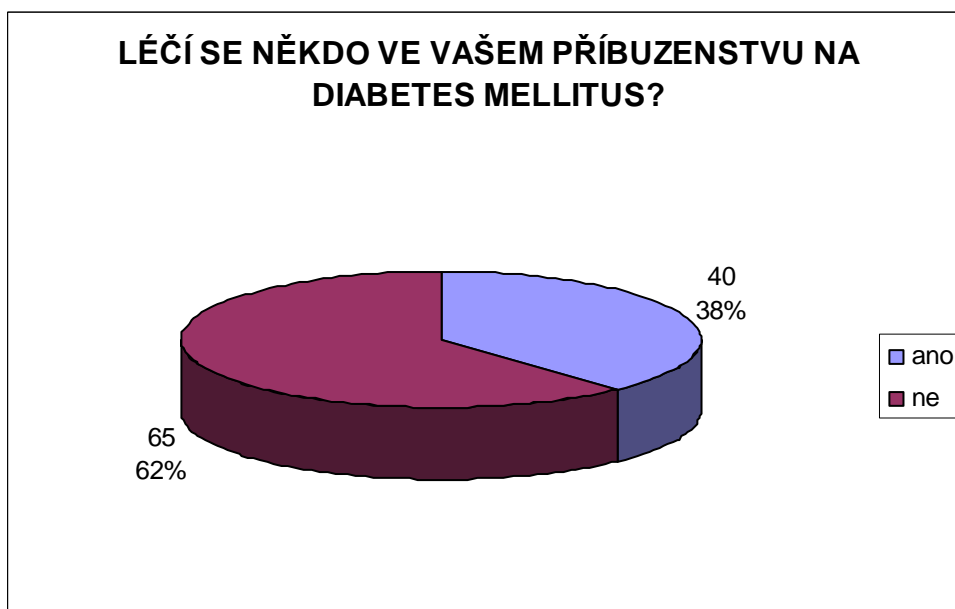
Z grafů vyplývá, že u 44 % (46 dotazovaných dětí) byly příkrmy zařazeny od šestého měsíce věku dítěte, u 26 % (27 dotazovaných dětí) pátého měsíce věku dítěte, u 30 % (32 dotazovaných dětí) od čtvrtého měsíce věku dítěte.

Otázka č. 6

Léčí se někdo ve Vašem příbuzenstvu na uvedené onemocnění (napište prosím variantu ANO či NE)

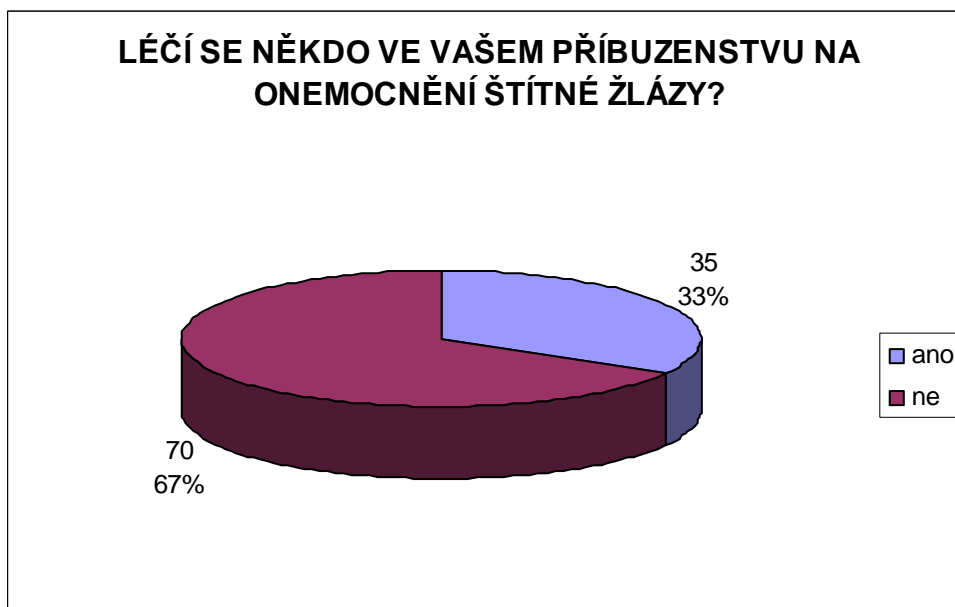
Možnosti odpovědi :

- Diabetes mellitus
- Onemocnění štítné žlázy



Graf č. 9

Z uvedeného vyplývá, že 38% z dotazovaných (40 dětí) má v příbuzenstvu nemocného s diabetem mellitus, naopak u 62% (65 dětí) se v rodině toto onemocnění nevyskytuje.

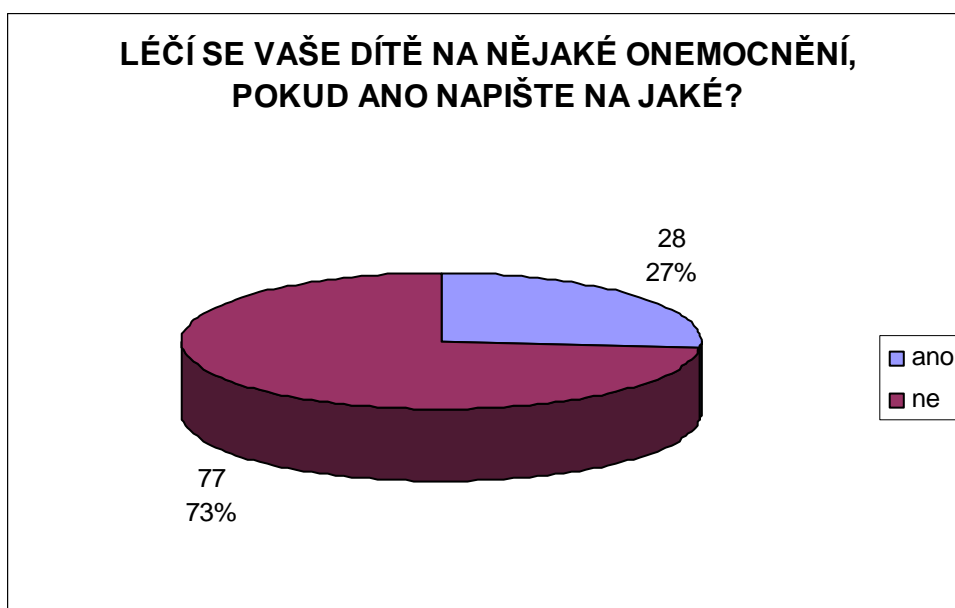


Graf č. 10

Graf znázorňuje skutečnost, že u 33 % dotazovaných (35 dětí) se v rodině vyskytuje onemocnění štítné žlázy, a u 67 % (70 dětí) se toto onemocnění v rodině nevyskytuje.

Otázka č.7

Léčí se Vaše dítě na nějaké onemocnění, pokud ano napište na jaké?



Graf č. 11

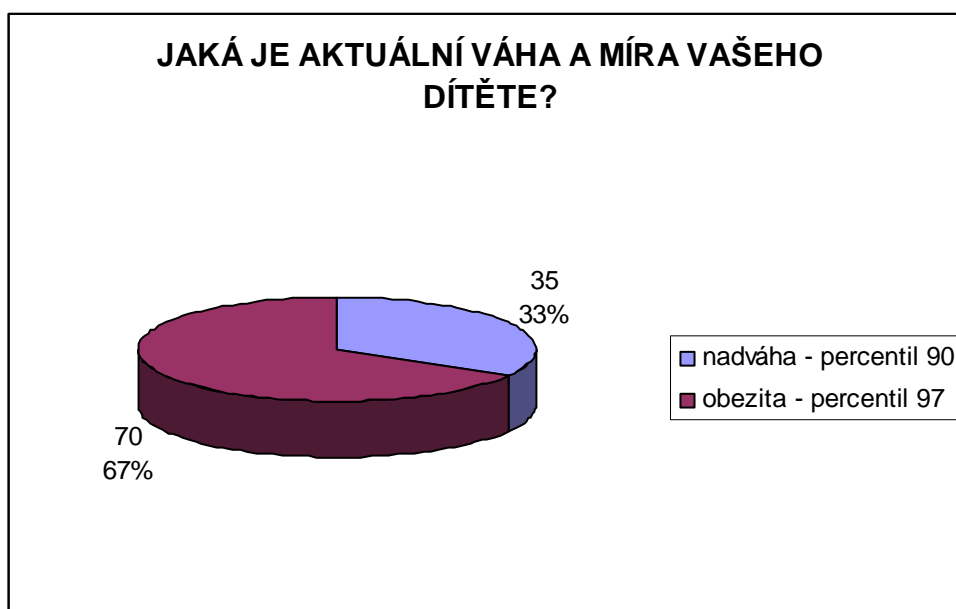
Odpovědi na otázku č. 7 vyjadřují skutečnost, že 27 % dotazovaných (28 dětí) užívá léky, a 73 % (77 dětí) žádné léky neužívá.

Astma	Alergie	Hypofunkce štítné žlázy	Porucha růstu	Epilepsie	Hypertenze
9 (8%)	13 (13%)	2 (2%)	2 (2%)	1 (1%)	1 (1%)

V tabulce je uvedeno, že z dotazovaných respondentů trpí 9 dětí (8%) astmatem, 13 (13%) dětí alergií, 2 děti (2%) mají hypofunkci štítné žlázy, 2 děti (2%) užívají růstový hormon, 1 dítě (1%) trpí epilepsií, 1 dítě (1%) již má hypertenzi.

Otázka č.8

Jaká je aktuální váha a míra Vašeho dítěte



Graf č. 12

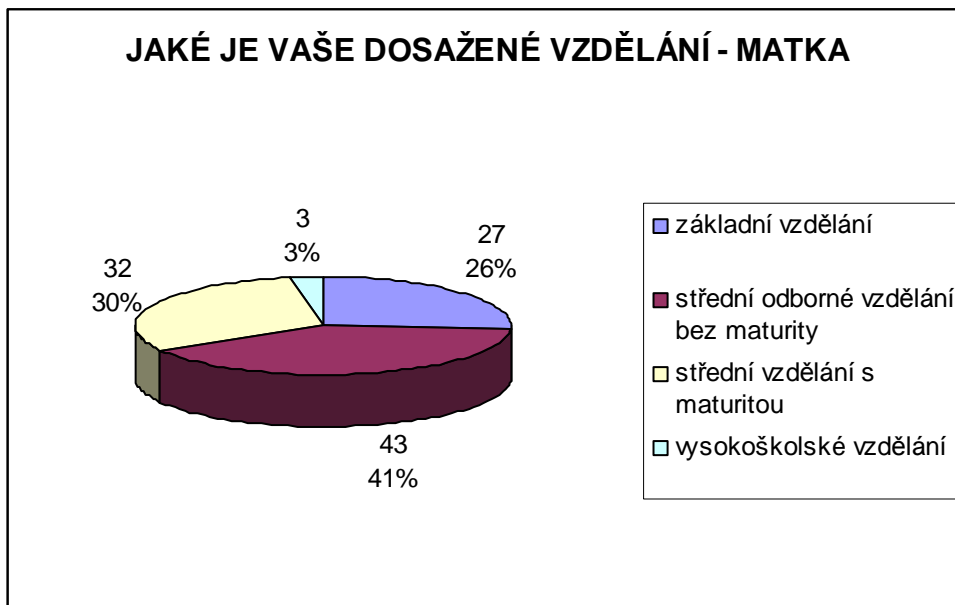
Z grafu č.12 je zřejmé, že 33% (35 dětí) trpí nadváhou a 67% (70 dětí) má obezitu.

Otázka č. 9

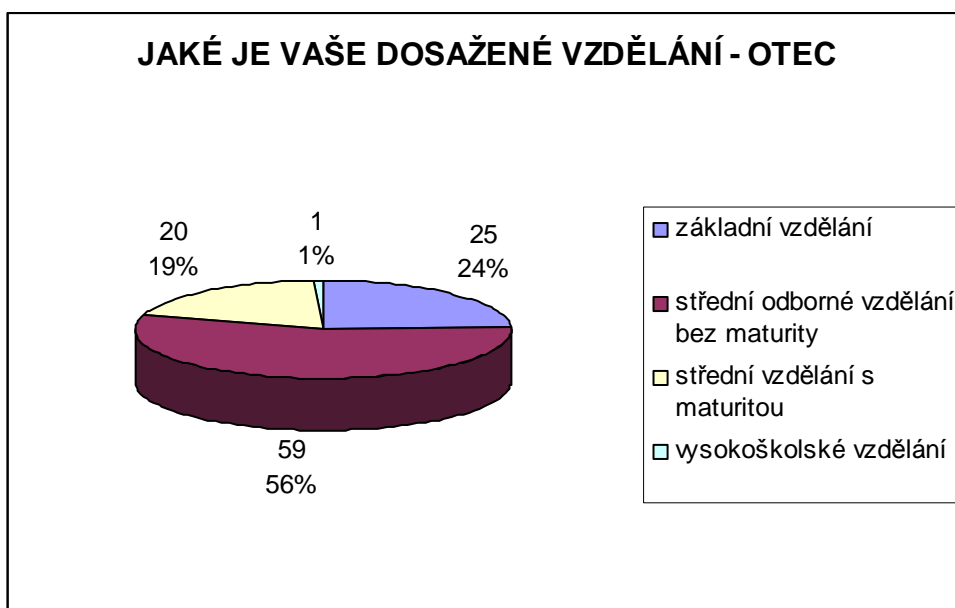
Jaké je Vaše dosažené vzdělání ?

Možnosti odpovědi :

- Otec
- Matka



Graf č. 13

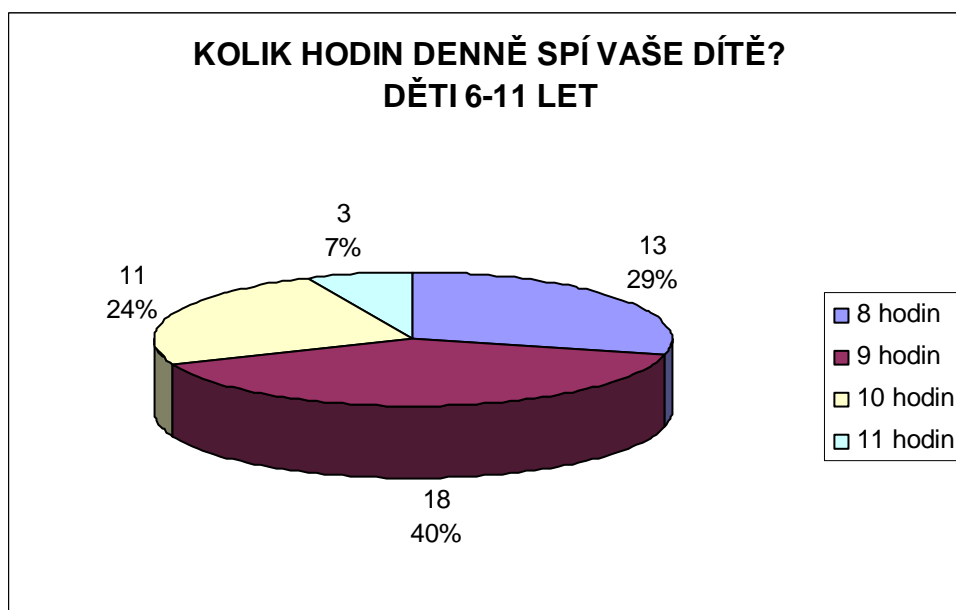


Graf č. 14

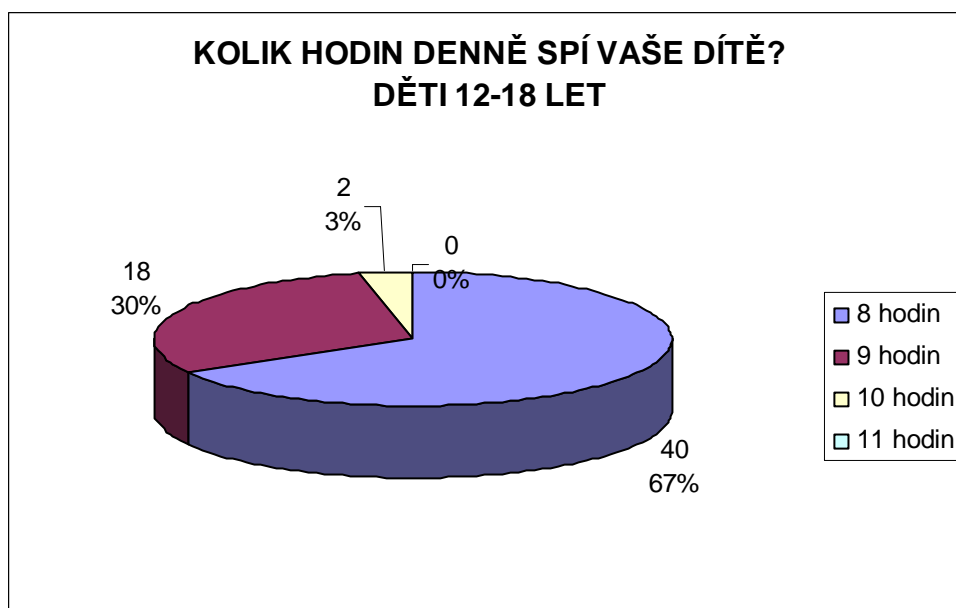
V dotazované skupině má matka ve 26% (27 žen) a otec ve 24% (25 mužů) základní vzdělání, matka ve 41% (43 žen) a otec v 56% (59 mužů) střední odborné vzdělání bez maturity, matka ve 30% (32 žen) a otec v 19% (20 mužů) střední vzdělání s maturitou, a matka ve 3% (3 ženy) a otec v 1% (1 muž) vysokoškolské vzdělání.

Otázka č. 10

Kolik hodin denně spí Vaše dítě?



Graf č. 15



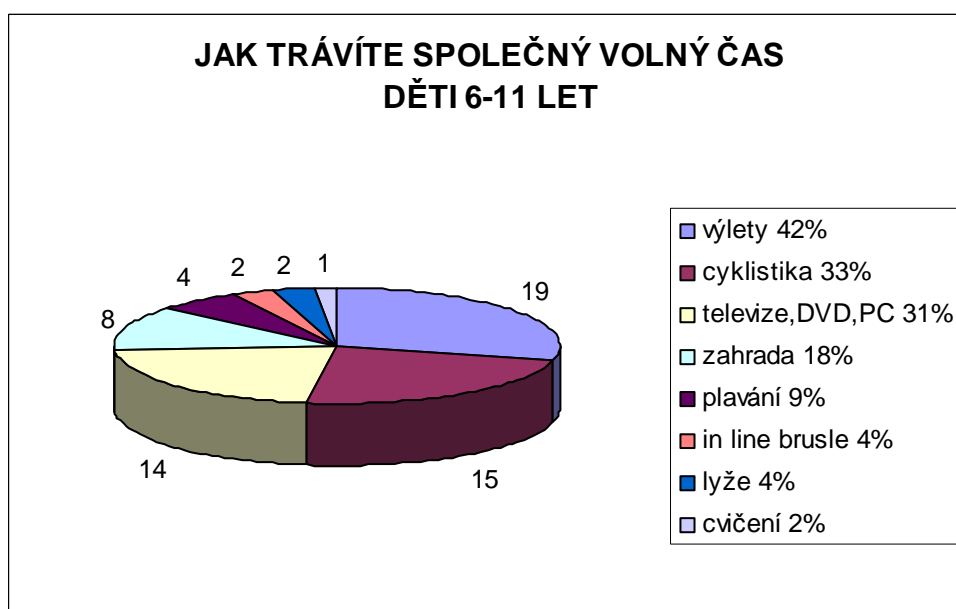
Graf č. 16

Z grafu č. 15 – děti s nadváhou mladšího dětského věku, vyplývá, že 29% z dotazovaných (13 dětí) spí 8 hodin denně, 40% (18 dětí) spí 9 hodin denně, 24% (11 dětí) spí 10 hodin denně a 7% (3 děti) spí 11 hodin denně.

Graf č. 16 - popisuje délku spánku dětí staršího školního věku - 67% (40 dětí) spí 8 hodin denně, 30% (18 dětí) spí 9 hodin denně a 3% (2 děti) spí 10 hodin denně.

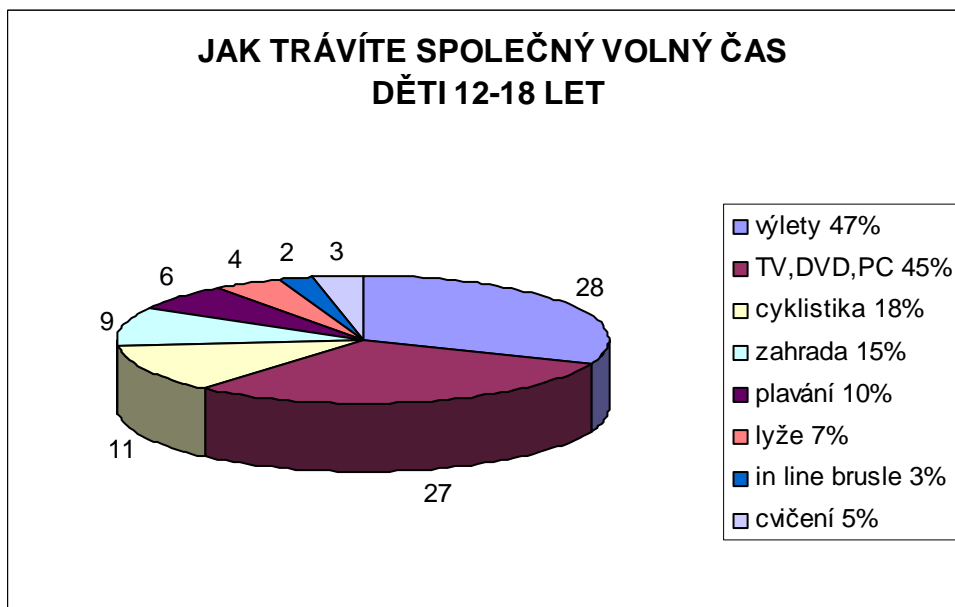
Otázka č. 11

Jak trávíte svůj společný volný čas (vycházky, cyklistika, plavání, lyže)



Graf č. 17

Dotazované děti s nadváhou mladšího školního věku uvedly, že spolu s rodiči podnikají : 42% (19 dětí) výlety, 33% (15 dětí) se věnují cyklistice, 31% (14 dětí) spolu s rodiči sledují TV, DVD, 18% (8 dětí) jsou společně na zahradě, 9% (4 děti) chodí plavat, 4% (2 děti) na in line brusle, 4% (2 děti) jezdí lyžovat a 2% (1 dítě) společně cvičí.

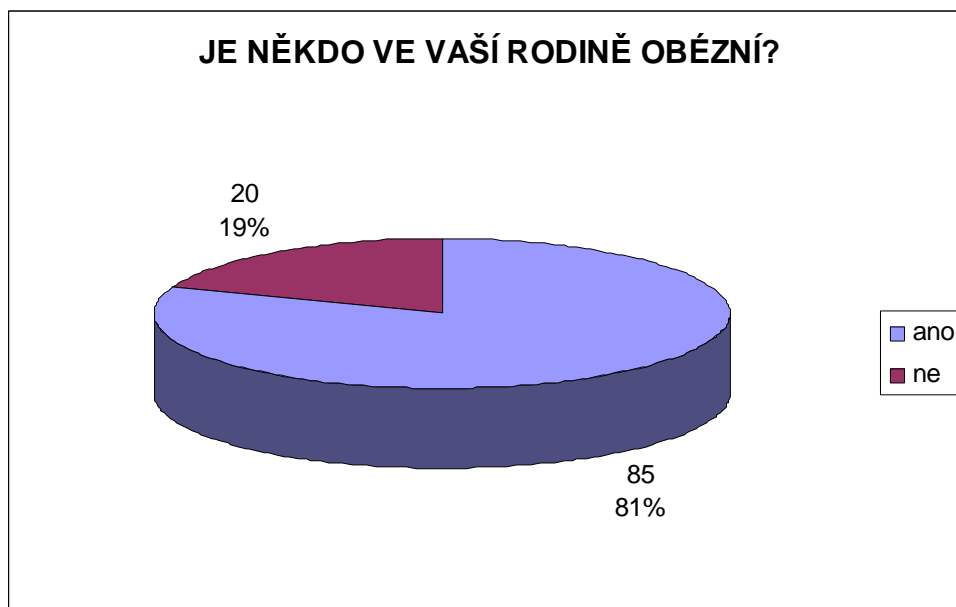


Graf č. 18

Děti s nadváhou staršího školního věku uvedly, že spolu s rodiči 47% (28 dětí) chodí na výlety, 45% (27 dětí) sledují TV,DVD, 18% (11 dětí) jezdí společně na kole, 15% (9 dětí) tráví společný čas na zahradě, 10% (6 dětí) společně plavou, 7% (4 děti) jezdí na lyže, 3% (2 děti) na in line brusle a 5% (3 děti) společně s rodiči cvičí.

Otázka č. 12 :

Je někdo ve Vaší rodině obézní (pokud ano, napište příbuzenský vztah k dítěti)



Graf č. 19

81% dotazovaných (85 dětí) odpovědělo, že v jejich rodině má někdo problém s obezitou, naopak u 19% dotazovaných (20 dětí) se tento problém v rodině nevyskytuje.

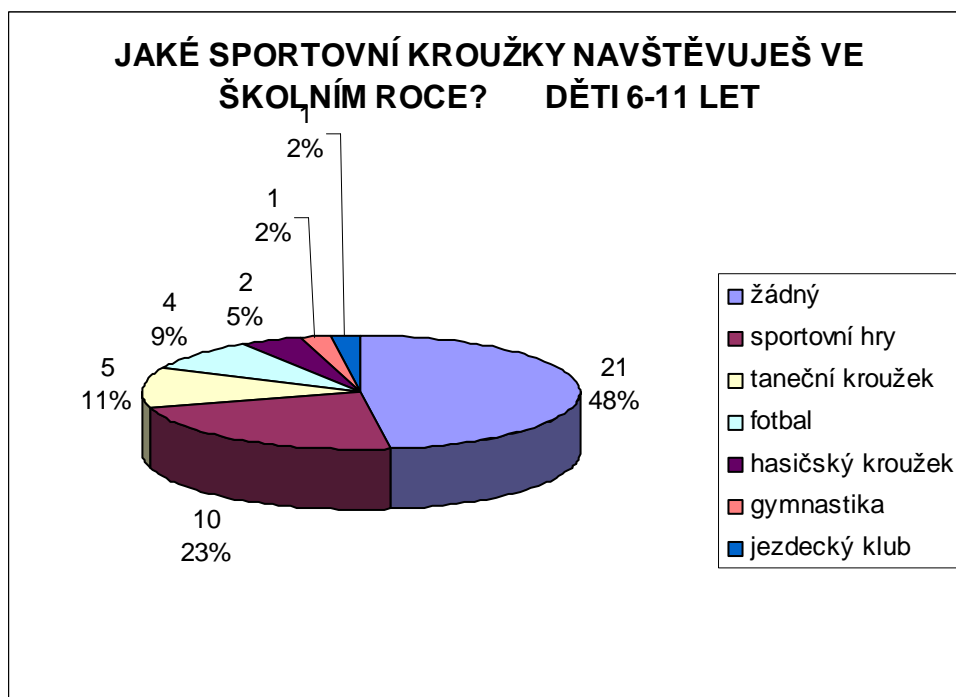
Matka	Otec	Sourozenci	Prarodiče	Strýc, teta	Sestřenice, bratranec
30 (29%)	22 (21%)	10 (9%)	40 (39%)	15 (14%)	5 (4%)

Konkrétně je v rodině dítěte s nadváhou či obezitou také ve 30 případech (29%) obézní matka, v 22 případech (22%) otec, v 10 případech (9%) sourozenci, ve 40 případech (39%) prarodiče, v 15 případech (14%) strýc či teta a ve 5 případech (4%) trpí nadváhou či obezitou sestřenice či bratranec.

Nyní přecházíme k druhé části dotazníku, který je věnován dětským respondentům.

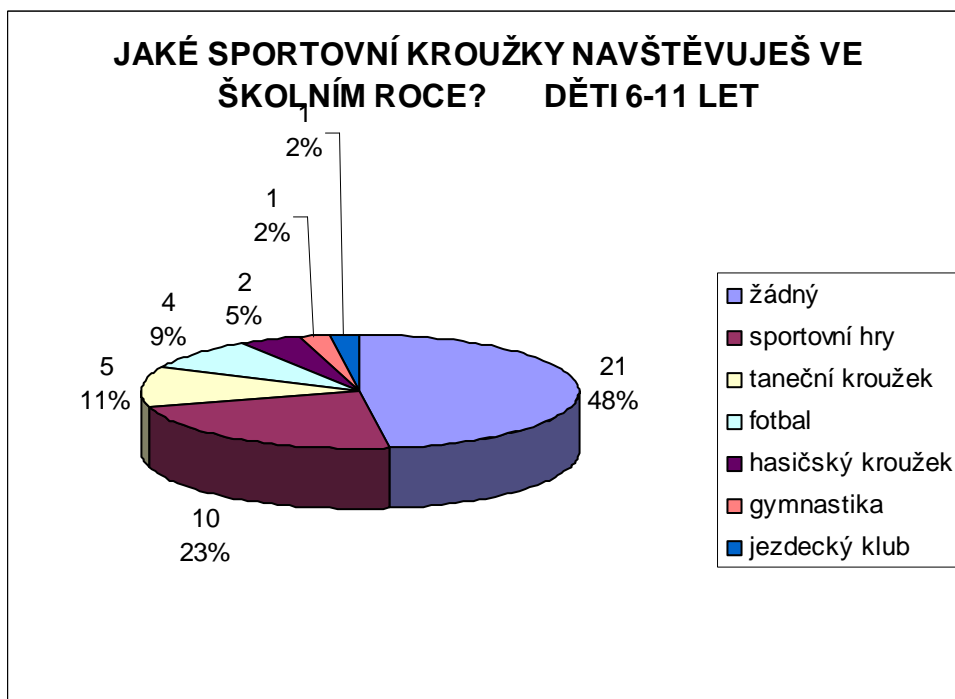
Otázka č. 1

Jaké sportovní kroužky navštěvuješ ve školním roce?



Graf č. 20

48 % (21 dotazovaných dětí) s nadváhou mladšího školního věku během školního roku nemají žádný sportovní kroužek, 23 % (10 dětí) se věnuje sportovním hrám, 11% (5 dětí) navštěvuje taneční kroužek, 9 % (4 děti) se věnují fotbalu, 5% (2 děti) jsou organizováni u hasičů, 2% (1 dítě) navštěvuje gymnastiku a 2% (1 dítě) jezdecký kroužek.

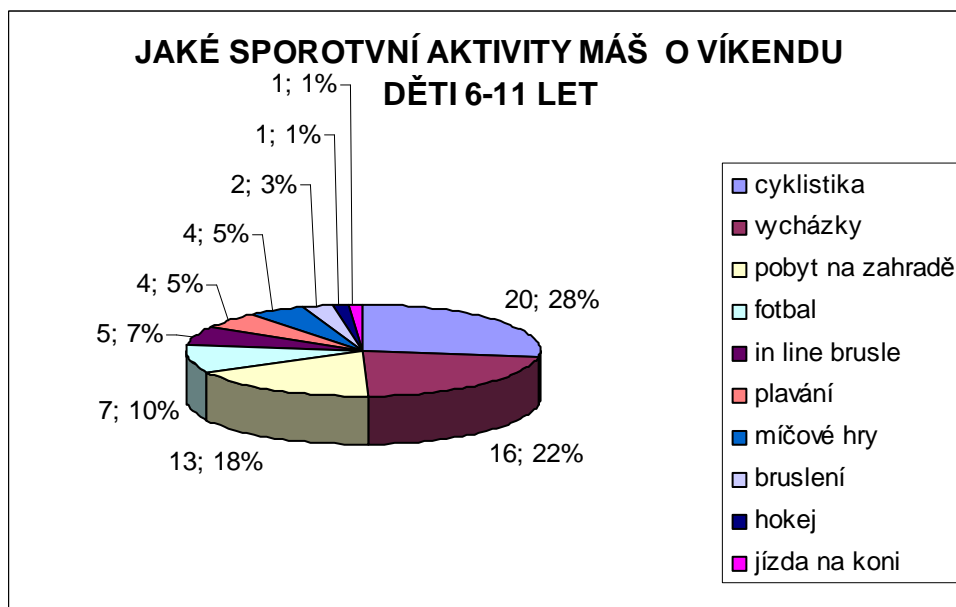


Graf č. 21

30 dotazovaných dětí s nadváhou staršího školního věku tj. 50% během školního roku nenavštěvuje žádný sportovní kroužek, 12% (7 dětí) se věnuje fotbalu, 8% (5 dětí) provozuje sportovní hry, 8% (5 dětí) se věnuje florbalu, 7% (4 děti) navštěvuje posilovnu, 5% (3 děti) navštěvuje rybářský kroužek, 3% (2 děti) taneční kroužek, 3% (2 děti) basketbal, 2% (1 dítě) hokej a 2% (1 dítě) jezdecký kroužek.

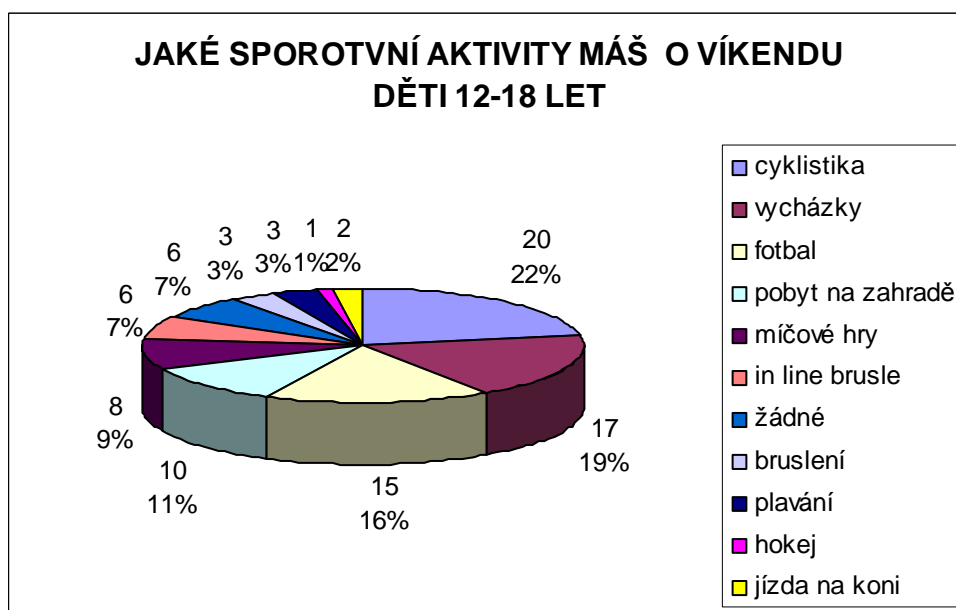
Otázka č. 2

Jaké sportovní aktivity máš o víkendu?



Graf č. 22

O víkendu se dotazované děti mladšího školního věku ve 28% (16 dětí) věnují cyklistice, v 18% (10 dětí) vycházkám, v 14% (8 dětí) zůstávají na zahradě, v 9% (5 dětí) hrají fotbal, v 9% (5 dětí) chodí jezdit na in line brusle, v 4% (2 děti) chodí plavat, v 7% (4 děti) hrají míčové hry, ve 4% (2 děti) chodí bruslit, ve 2% (1 dítě) hrají hokej a ve 2% (1 dítě) jezdí na koni.



Graf č. 23

Ve 20 případech se dotazované děti staršího školního věku tj. 22% nejčastěji věnují cyklistice, v 19% (17 dětí) chodí na vycházky, v 16% (15 dětí) hrají fotbal, v 11% (10 dětí) zůstávají na zahradě, v 9% (8 dětí) hrají míčové hry, v 7% (6 dětí) chodí na in line brusle, 7% (6 dětí) se nevěnuje žádné sportovní aktivitě, ve 3% (3 děti) se věnují bruslení, ve 3 % (dětí) plavání, v 1% (1 dítě) hrají hokej a v 1% (1 dítě) se věnují jízdě na kole.

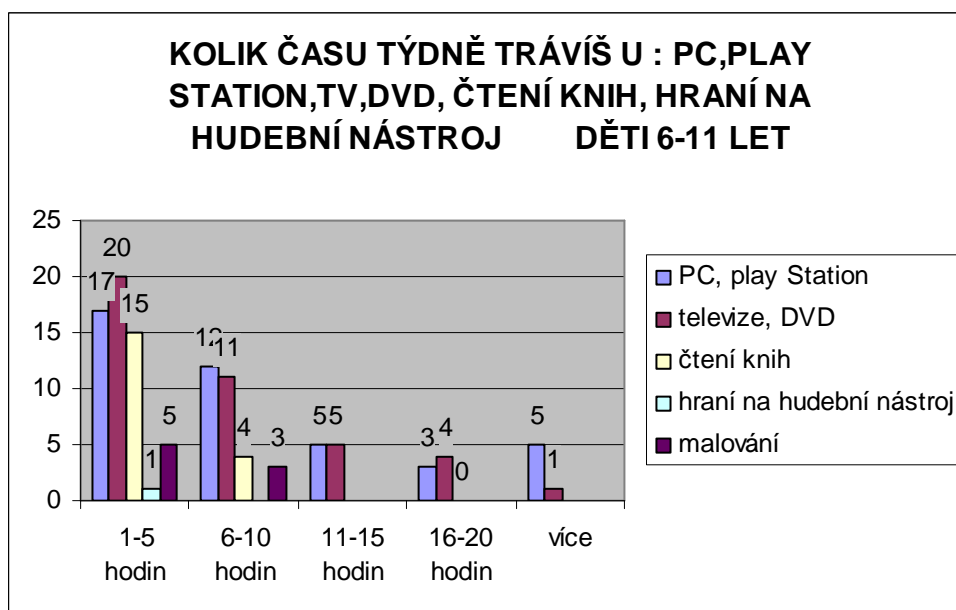
Otázka č. 3

Kolik času týdně trávíš u : PC, Play Station

TV,DVD

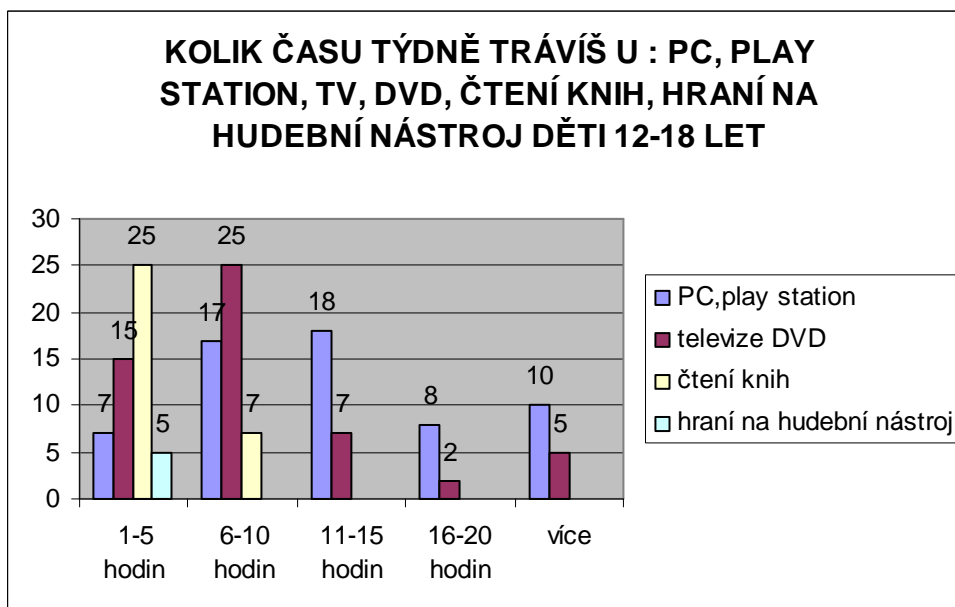
Čtení knih

Hra na hudební nástroj



Graf č. 24

Sedavým aktivitám se ve skupině dotazovaných dětí mladšího školního věku věnuje týdně 1- 5 hodin: 17 dětí (38%) PC a hraní her na play stationu, 20 dětí (44%) sleduje televizi nebo DVD, 15 dětí čte knihy (33%) a 1 dítě (1%) se věnuje hře na hudební nástroj, 5 dětí (11%) se věnuje malování. Ve stejné skupině se týdně těmto aktivitám věnuje 6-10 hodin : 12 dětí (27%) PC a hraním her na play stationu, 11 dětí (25%) sledují TV nebo DVD, 4 děti (9%) čtou knihy a 3 děti (7%) malují. 11- 15 hodin týdně : 5 dětí (11%) hraje na PC nebo play stationu, 5 dětí (11%) sleduje TV nebo DVD, 16-20 hodin týdně: 3 děti (7%) hrají PC nebo play station, 4 děti (9%) sledují televizi nebo DVD.

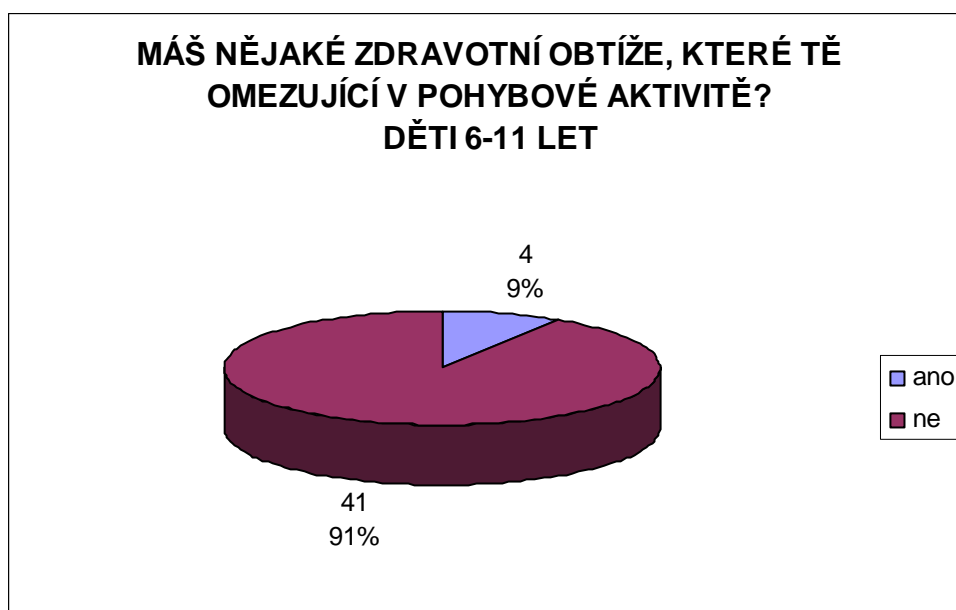


Graf č. 25

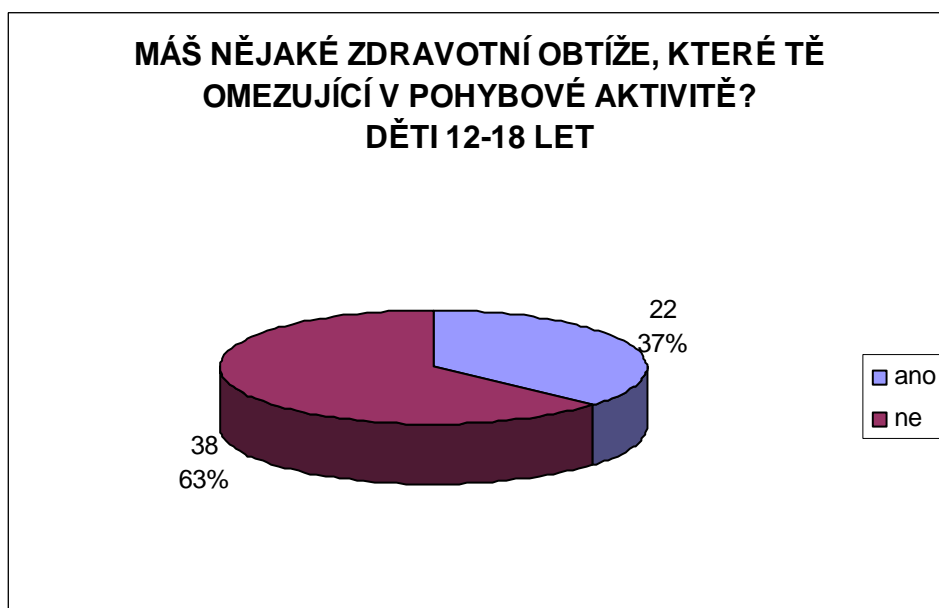
Ve skupině dotazovaných dětí staršího školního věku se sedavým aktivitám týdně věnuje 1-5 hodin : 25 dětí (42%) čte knihy, 15 dětí (25%) sleduje TV nebo DVD, 7 dětí (12%) sedí u PC nebo play stationu, a 5 dětí (8%) hrají na hudební nástroj. Stejným aktivitám se týdně 6-10 hodin věnuje :25 dětí (42%) sleduje televizi nebo DVD, 17 dětí (28%) sedí u PC nebo play stationu, a 7 dětí (12%) čte knihy. 11-15 hodin týdně se věnuje sedavým činnostem : 18 dětí (30%) sezením u PC , 7 dětí (12%) sledováním TV nebo DVD. 16-20 hodin denně tyto činnosti provozuje : 8 dětí (13%) sezením u PC a 2 děti (3%) sledováním TV nebo DVD. Více než 20 hodin týdně je na PC či play stationu 10 dětí (17%), 5 dětí (8%) se dívá na televizi nebo DVD.

Otázka č.4

Máš nějaké zdravotní obtíže, které tě omezují v pohybové aktivitě?



Graf č. 26



Graf č. 27

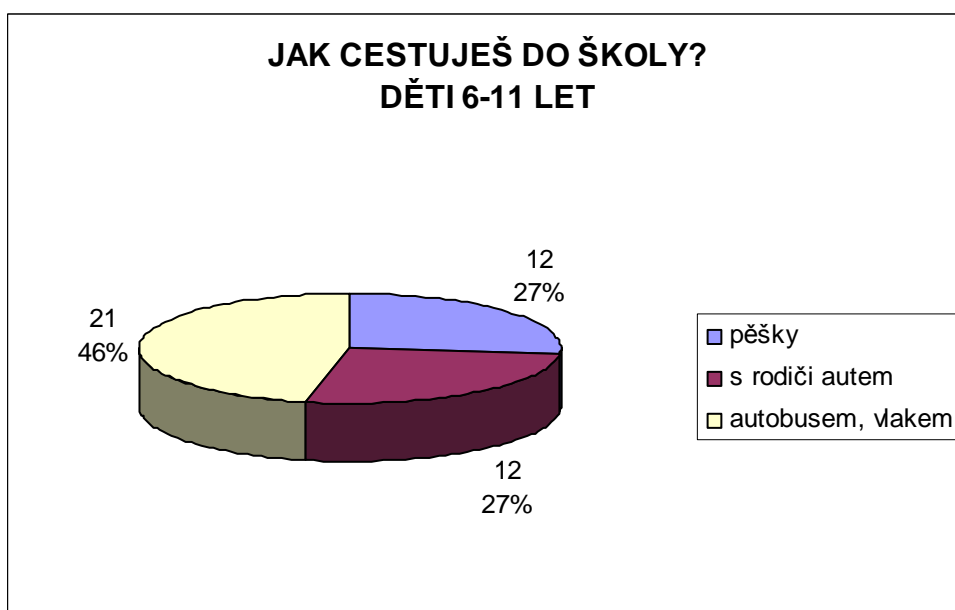
Na tuto otázku odpovědělo 9% (4 děti) s nadváhou mladšího školního věku, že mají určité zdravotní potíže, které je omezují v pohybové aktivitě, a 91% (41 dětí), že tyto problémy nemají. 37% (22 dětí) dotazovaný dětí s nadváhou staršího školního věku má zdravotní potíže, které je omezují v jejich pohybové aktivitě a 63% (38 dětí) dotazovaných dětí tyto problémy nemají.

Otázka č. 5

Jak cestuješ do školy?

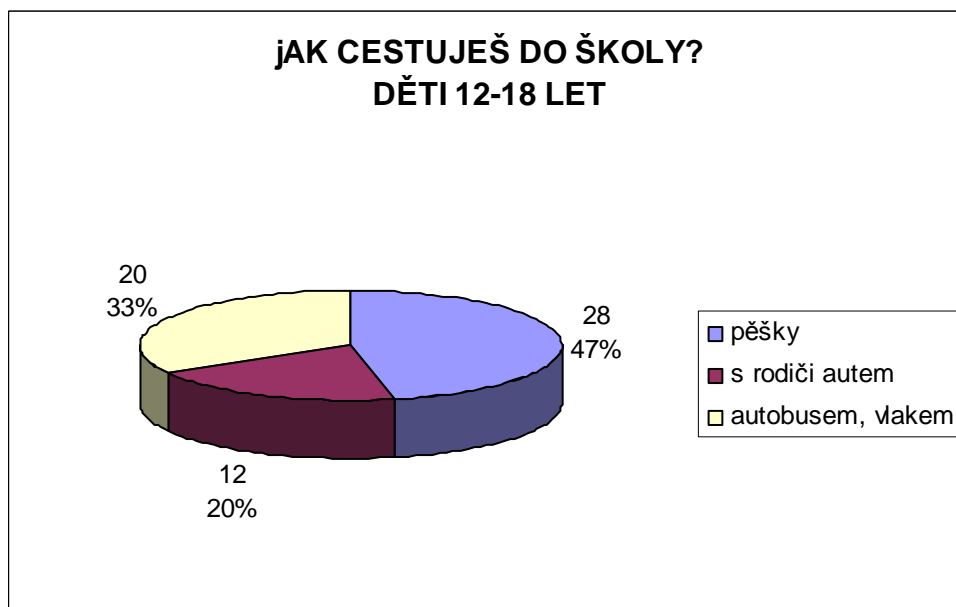
Možnosti odpovědi:

- Chodím pěšky
- Jezdím s rodiči autem
- Dojíždím autobusem nebo vlakem



Graf č. 28

46 % (21 dětí) ze skupiny dotazovaných dětí mladšího školního věku dojíždí do školy autobusem nebo vlakem, 27% (12 dětí) vozí rodiče do školy autem a 27% (12 dětí) chodí do školy pěšky.



Graf č. 29

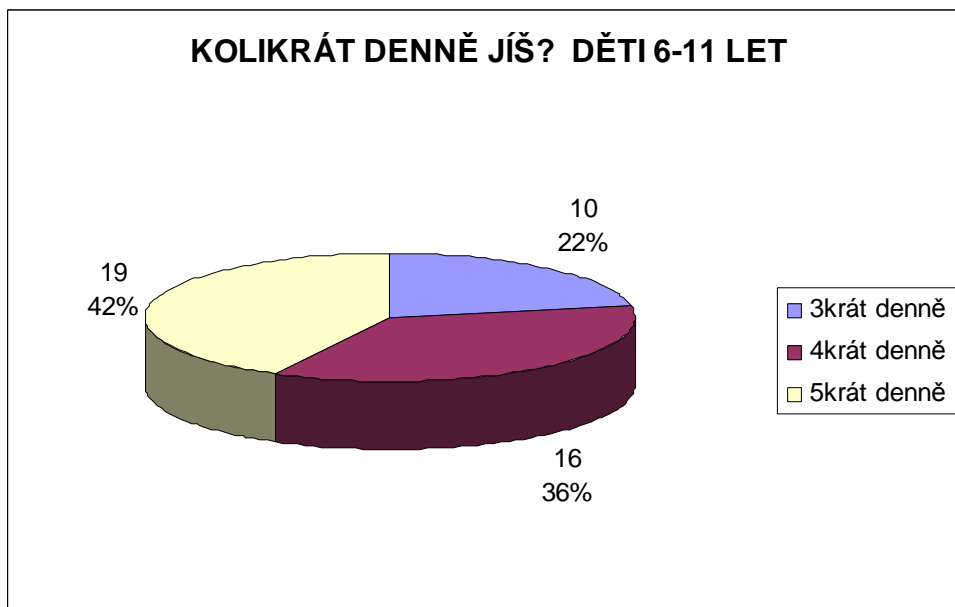
47% (28 dětí) staršího školního věku chodí do školy pěšky, 20% (12 dětí) jezdí do školy s rodiči autem, 33 % (20 dětí) dojíždí vlakem nebo autobusem.

Otázka č.6

Kolikrát denně jíš?

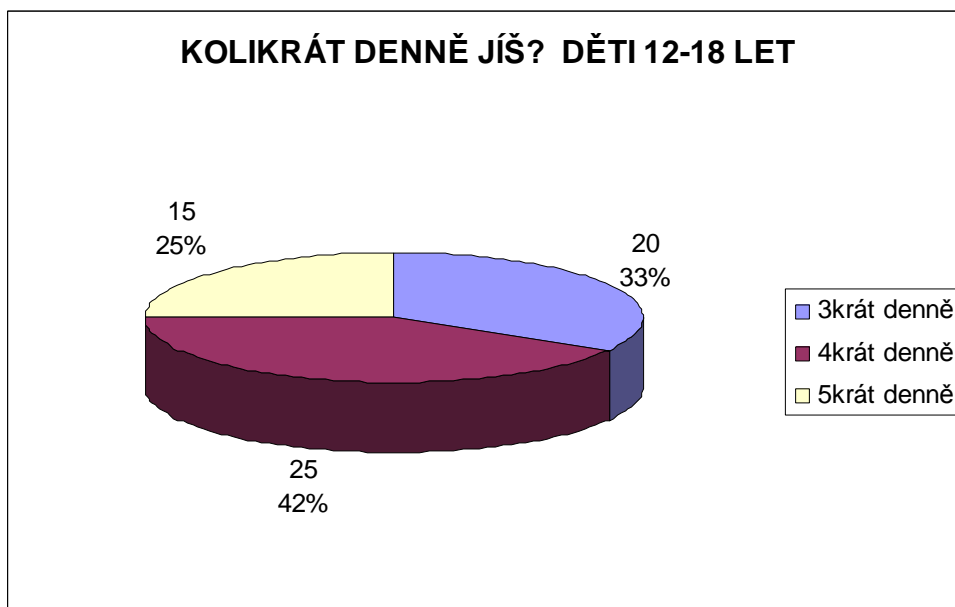
Možnosti odpovědi :

- 3krát denně
- 4krát denně
- 5krát denně



Graf č. 30

7 dotazovaných dětí s nadváhou či obezitou mladšího školního věku tj. 17 % jí 3 x denně, 38% (16 dětí) 4 x denně, 42% (19 dětí) 5 x denně.



Graf č. 31

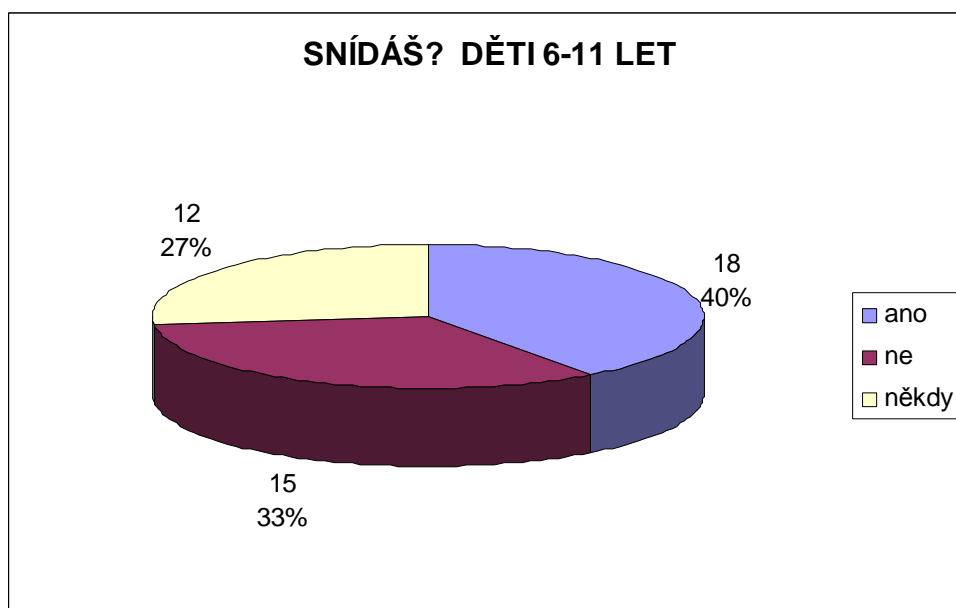
20 dotazovaných dětí s nadváhou staršího školního věku tj. 33% jí 3x denně, 42% (25 dětí) 4x denně a 25% (15 dětí) 5 x denně.

Otázka č. 7

Snídáš?

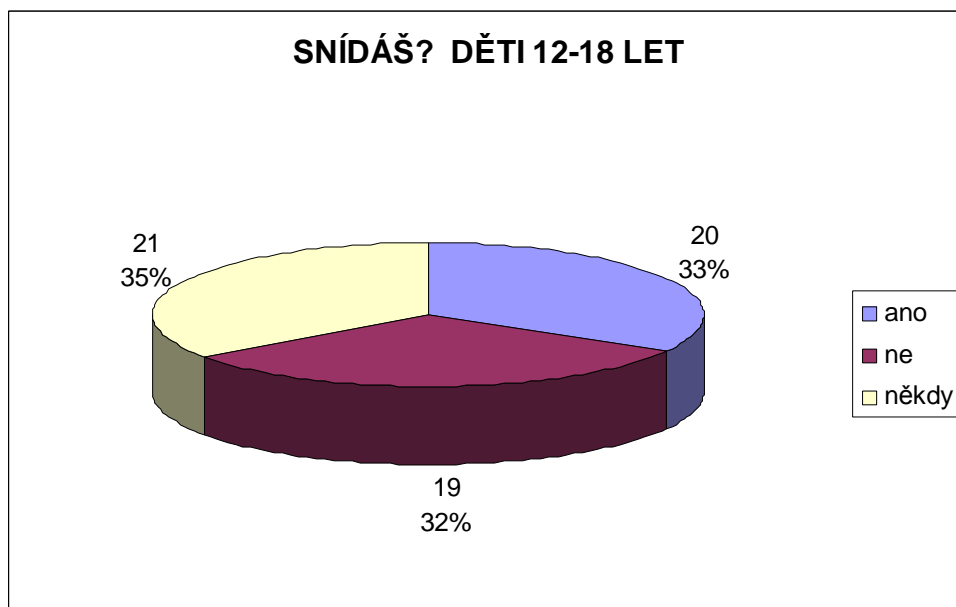
Možnosti odpovědi :

- Ano
- Ne
- Někdy



Graf č. 32

18 dotazovaných dětí s nadváhou mladšího školního věku tj. 40 % snídá pravidelně, 33% (15 dětí) nesnídá a 27% (12 dětí) někdy snídá.



Graf č. 33

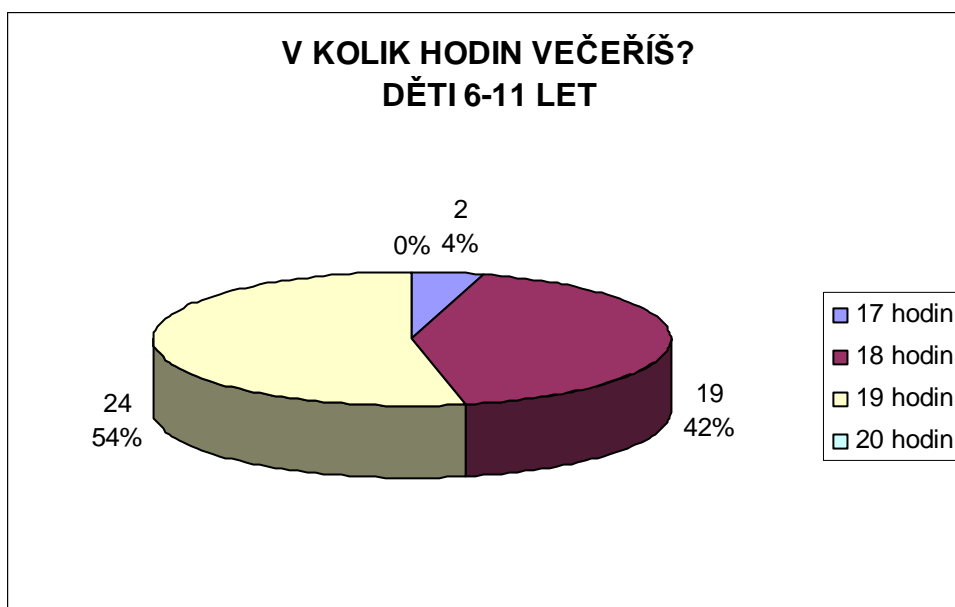
Dotazované děti s nadváhou staršího školního věku ve 33% (20 dětí) snídá pravidelně, v 32% (19 dětí) nesnídá, a 35% (21 dětí) občas snídá.

Otázka č. 8

V kolik hodin večeříš?

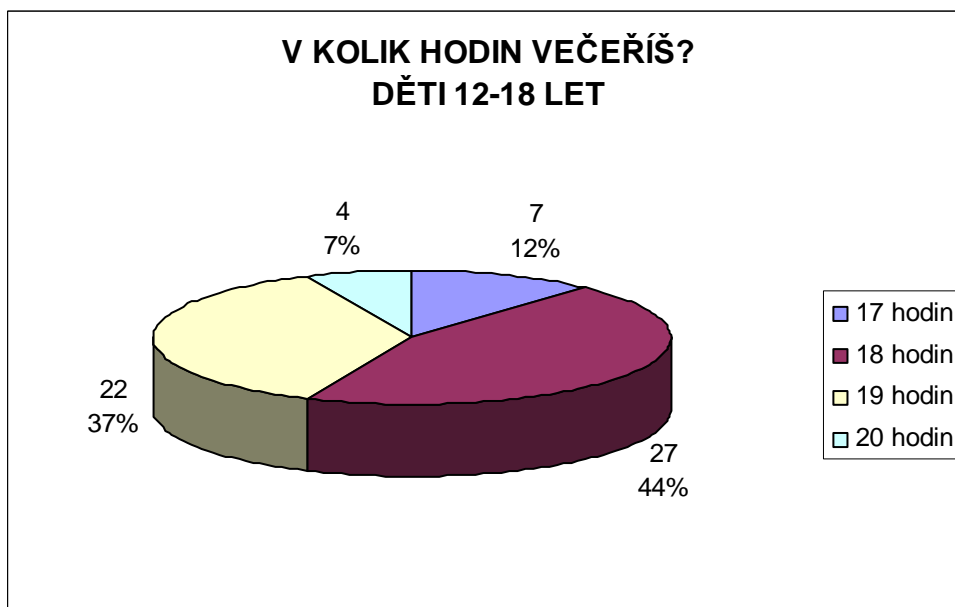
Možnosti odpovědi :

- 17 hodin
- 18 hodin
- 19 hodin
- 20 hodin



Graf č. 34

Ve skupině dětí mladšího školního věku 4% dotazovaných (2 děti) večeří v 17 hodin, 42% (19 dětí) v 18 hodin a 54% (24 dětí) v 19 hodin.



Graf č. 35

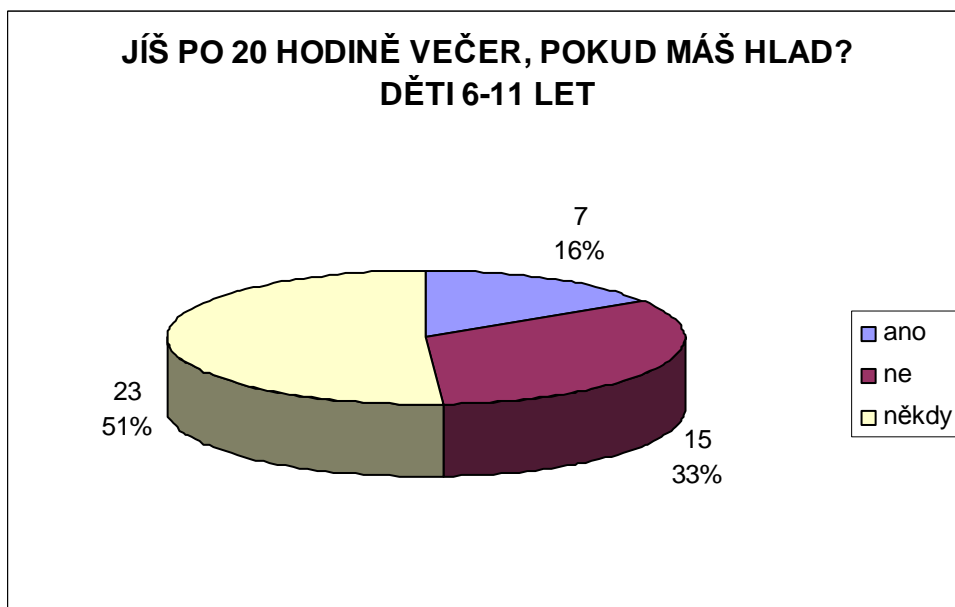
Ve skupině dětí staršího školního věku 12 % (7 dětí) večeří v 17 hodin, 44% (27 dětí) v 18 hodin, 37 % (22 dětí) v 19 hodin a 7 % (4 děti) ve 20 hodin.

Otázka č. 9

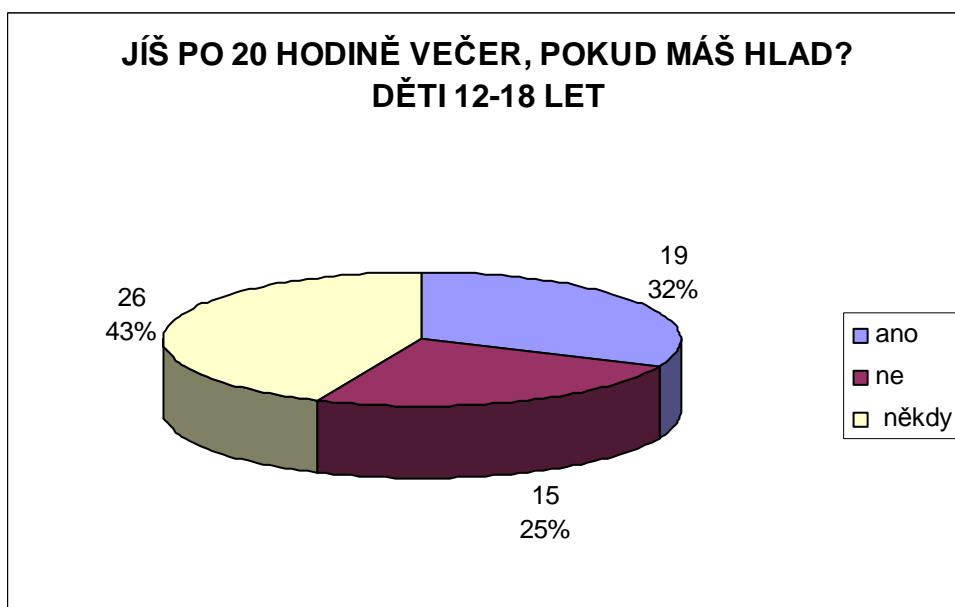
Jíš po 20. hodině večer, pokud máš hlad?

Možnosti odpovědi:

- Ano
- Ne
- Někdy



Graf č. 36



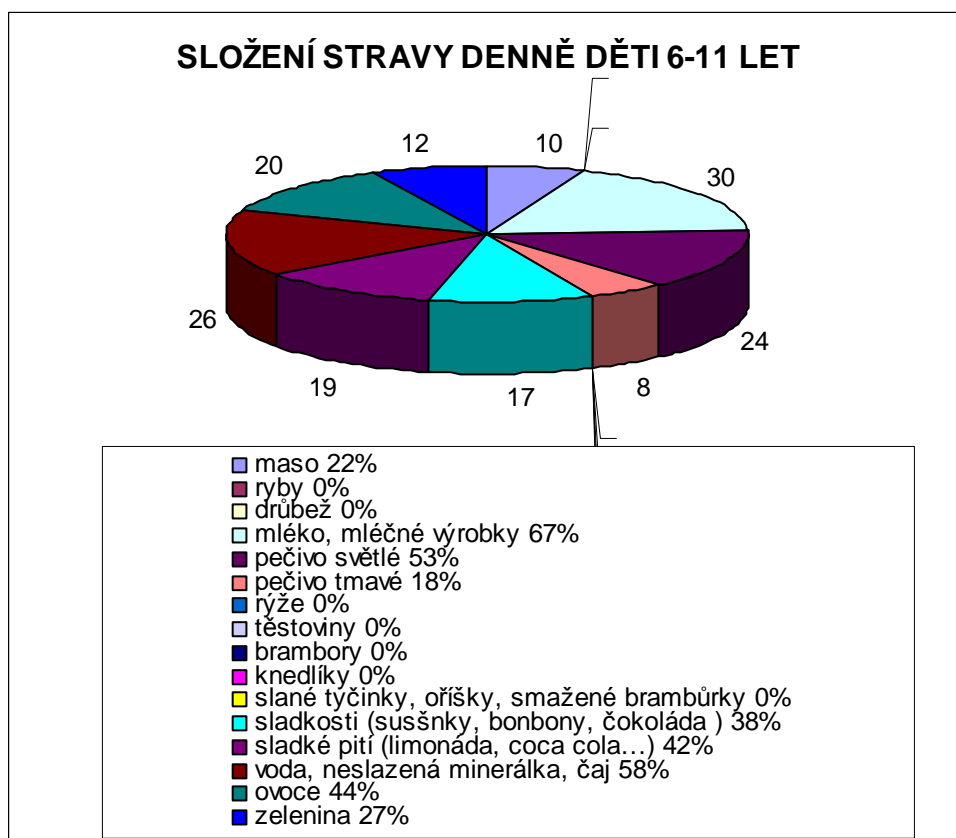
Graf č. 37

16% (7 dětí) mladšího školního věku jí i po 20. hodině, 33% (15 dětí) již nejí v tuto dobu, 51% (23 dětí) jí občas po 20. hodině.

32% (19 dětí) staršího školního věku jí po 20. hodině, 25% (15 dětí) již nejí v tuto dobu, 43% (26 dětí) občas po 20. hodině jí.

Otázka č. 10

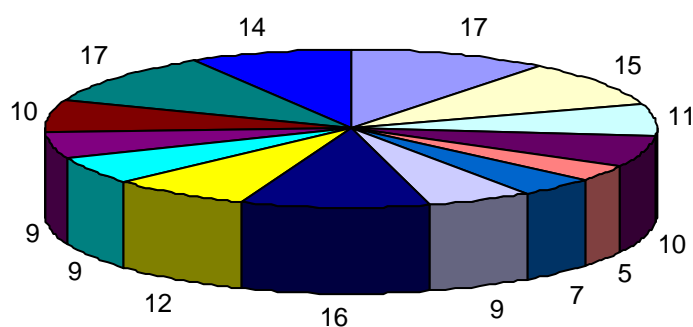
Uveď jak často konzumuješ následující potraviny (denně, 1-2x týdně, 3x týdně, 1-3x měsíčně, nikdy)



Graf č. 38

30 dětí z dotazované skupiny mladšího školního věku tj. 67% denně konzumuje mléko a mléčné potraviny, 53% (26 dětí) světlé pečivo, 18% (8 dětí) pečivo tmavé, 38% (17 dětí) sladkosti, 42% (19 dětí) sladké pití, 58% (26 dětí) neslazené nápoje, 44% (20 dětí) ovoce, 27% (12 dětí) zeleninu, 22% (10 dětí) maso.

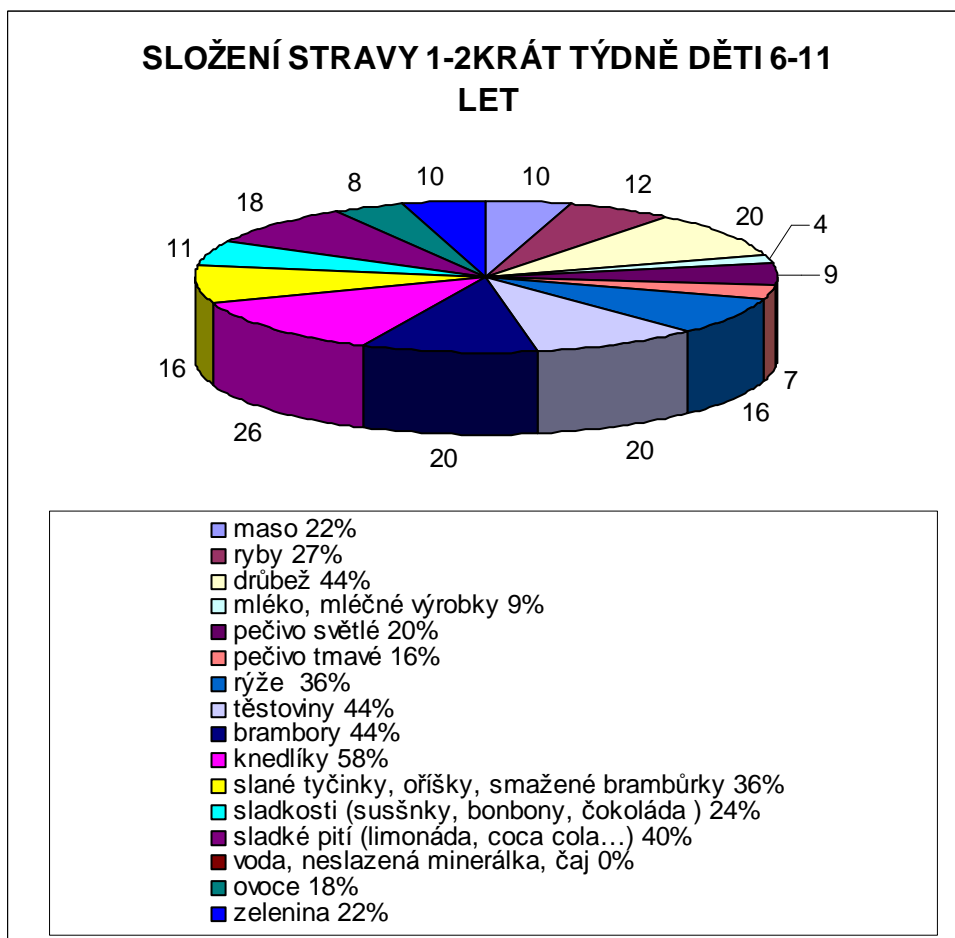
SLOŽENÍ STRAVY 3KRÁT TÝDNĚ DĚTI 6-11 LET



- maso 38%
- ryby 0%
- drůbež 33%
- mléko, mléčné výrobky 24%
- pečivo světlé 22%
- pečivo tmavé 11%
- rýže 16%
- těstoviny 20%
- brambory 36%
- knedlíky 0%
- slané tyčinky, oříšky, smažené brambůrky 27%
- sladkosti (susšinky, bonbony, čokoláda) 20%
- sladké pití (limonáda, coca cola...) 20%
- voda, neslazená minerálka, čaj 22%
- ovoce 38%
- zelenina 31%

Graf č. 39

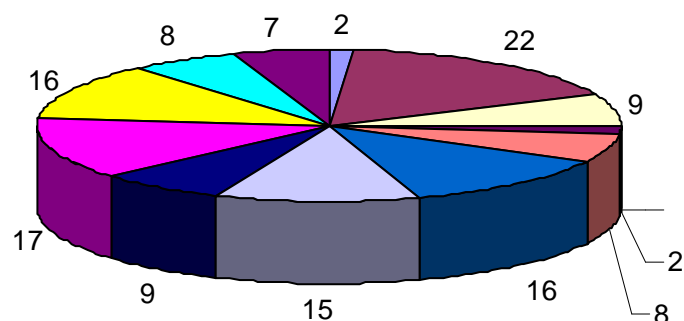
17 dětí (38%) z dotazované skupiny mladšího školního věku konzumuje 3 krát týdně maso, 15 dětí (33%) drůbež, 11 dětí (24%) mléko a mléčné výrobky, 10 dětí (22%) světlé pečivo, 5 dětí (11%) tmavé pečivo, 7 dětí (16%) rýži, 9 dětí (20%) těstoviny, 16 dětí (36%) brambory, 12 dětí (27%) slané tyčinky, oříšky či brambůrky, 9 dětí (20%) sladkosti, 9 dětí (20%) sladké pití, 10 dětí (22%) neslazené nápoje, 17 dětí (38%) ovoce, 14 dětí (31%) zeleninu.



Graf č. 40

10 dětí (22%) z dotazované skupiny mladšího školního věku konzumuje 1-2 krát týdně maso, 12 dětí (27%) ryby, 20 dětí (44%) drůbež, 4 děti (9%) mléko a mléčné výrobky, 9 dětí (20%) světlé pečivo, 7 dětí (16%) Tmavé pečivo, 16 dětí (36%) rýži, 20 dětí (44%) těstoviny, 20 dětí (44%) brambory, 26 dětí (58%) knedlíky, 16 dětí (36%) slané tyčinky, ořisky či brambůrky, 11 dětí (24%) sladkosti, 18 dětí (40%) sladké pití, 8 dětí (18%) ovoce, 10 dětí (22%) zeleninu.

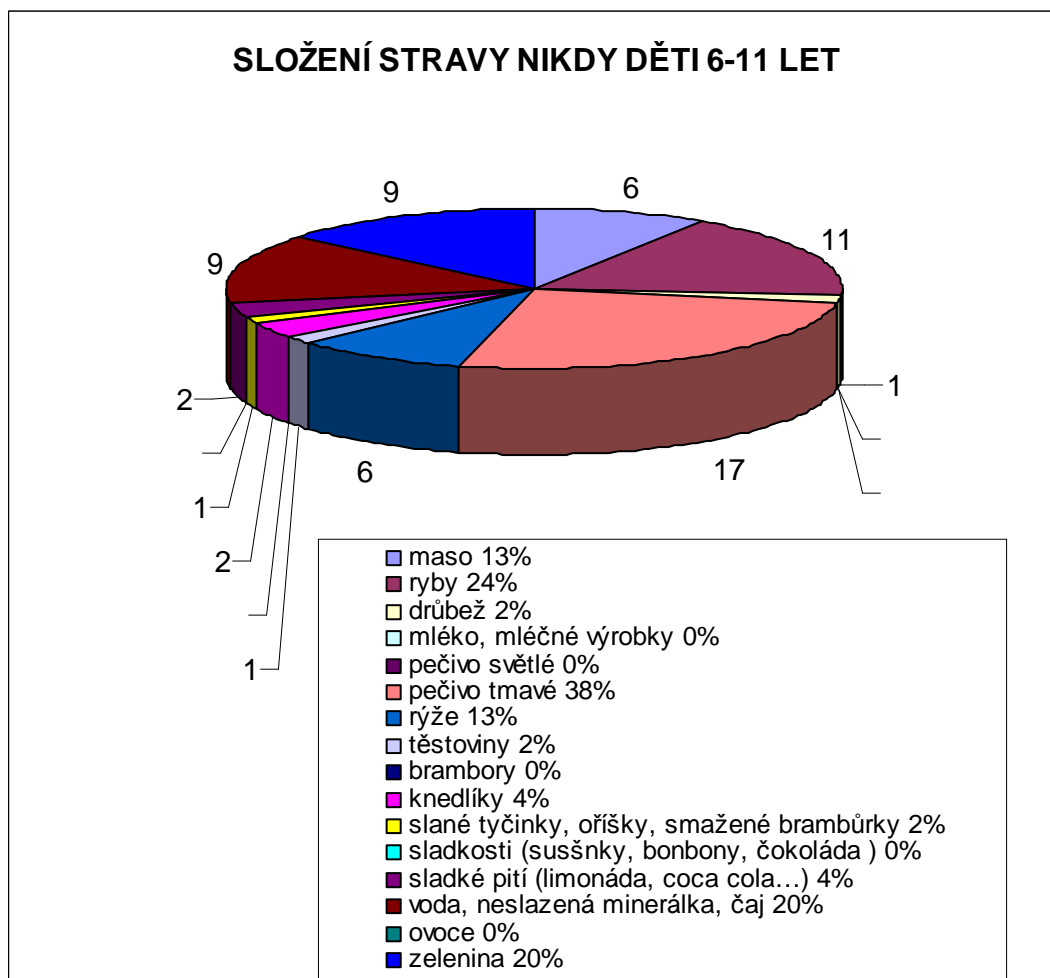
SLOŽENÍ STRAVY 1-3KRÁT MĚSÍČNĚ DĚTI 6-11 LET



- maso 4%
- ryby 49%
- drůbež 20%
- mléko, mléčné výrobky 0%
- pečivo světlé 4%
- pečivo tmavé 18%
- rýže 36%
- těstoviny 33%
- brambory 20%
- knedlíky 38%
- slané tyčinky, oříšky, smažené brambůrky 36%
- sladkosti (susánky, bonbony, čokoláda) 18%
- sladké pití (limonáda, coca cola...) 16%
- voda, neslazená minerálka, čaj 0%
- ovoce 0%
- zelenina 0%

Graf č. 41

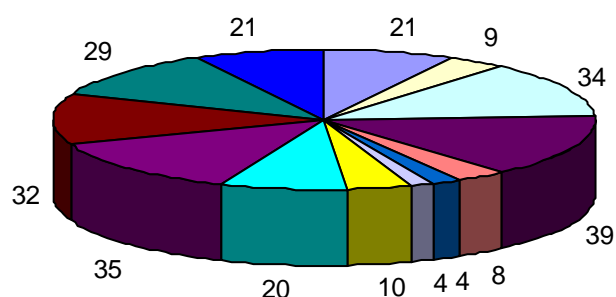
2 děti (4%) z dotazované skupiny mladšího školního věku konzumuje 1-3 krát měsíčně maso, 22 dětí (49%) ryby, 9 dětí (20%) drůbež, 2 děti (4%) světlé pečivo, 8 dětí (18%) tmavé pečivo, 16 dětí (36%) rýži, 15 dětí (33%) těstoviny, 9 dětí (20%) brambory, 17 dětí (38%) knedlíky, 16 dětí (36%) slané tyčinky, oříšky či brambůrky, 8 dětí (18%) sladkosti, 7 dětí (16%) sladké pití.



Graf č. 42

6 dětí (13%) z dotazované skupiny mladšího školního věku nikdy nekonzumuje maso, 11 dětí (24%) ryby, 1 dítě (2%) drůbež, 17 dětí (38%) tmavé pečivo, 6 dětí (13%) rýži, 1 dítě (2%) těstoviny, 2 děti (4%) knedlíky, 1 dítě (2%) slané tyčinky, ořisky či brambůrky, 2 děti (4%) sladké pití, 9 dětí (20%) neslazené nápoje, 9 dětí (20%) zeleninu.

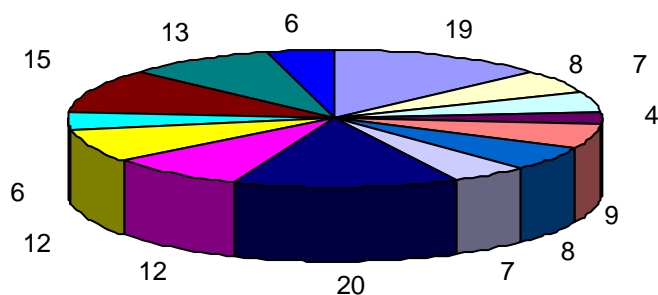
SLOŽENÍ STRAVY DENNĚ DĚTI 12-18 LET



Graf č.43

21 dětí (35%) z dotazované skupiny staršího školního věku konzumuje denně maso, 9 dětí (15%) drůbež, 34 dětí (57%) mléko a mléčné výrobky, 39 dětí (65%) světlé pečivo, 8 dětí (13%) tmavé pečivo, 4 děti (7%) rýži, 4 děti (7%) těstoviny, 10 dětí (17%) slané tyčinky, ořisky či brambůrky, 20 dětí (33%) sladkosti, 35 dětí (42%) sladké pití, 32 dětí (53%) neslazené nápoje, 29 dětí (48%) ovoce, 21 dětí (35%) zeleninu.

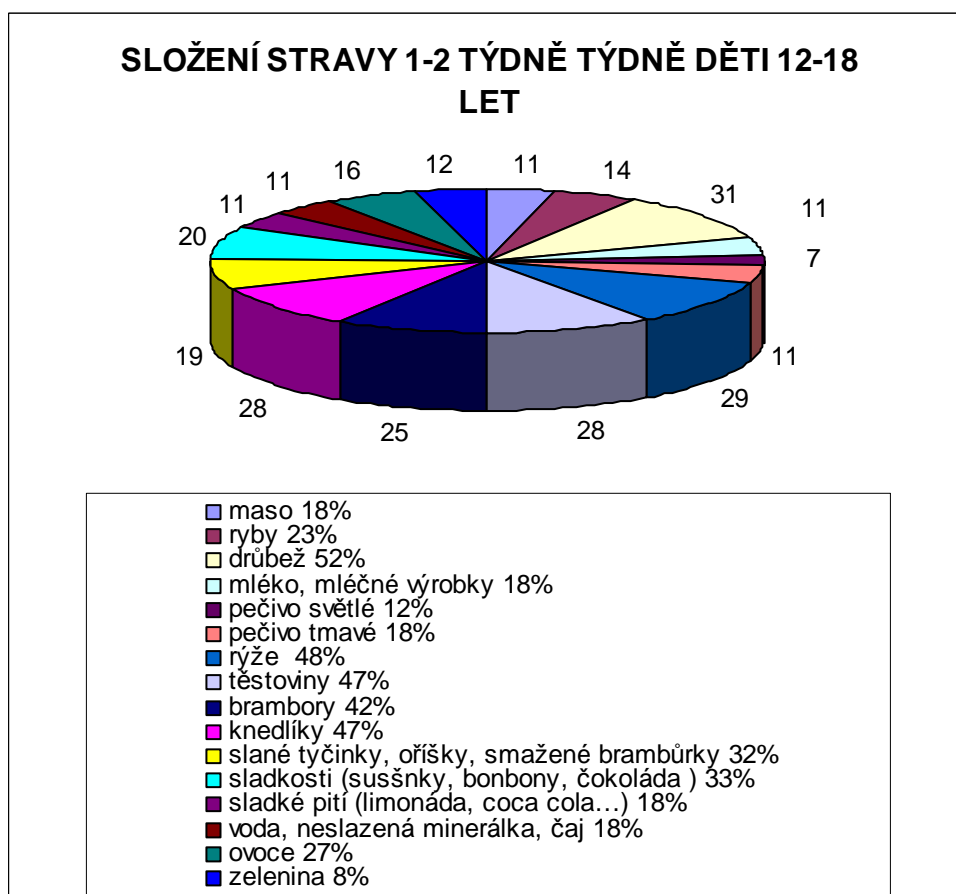
SLOŽENÍ STRAVY 3KRÁT TÝDNĚ DĚTI 12-18 LET



- maso 32%
- ryby 0%
- drůbež 13%
- mléko, mléčné výrobky 12%
- pečivo světlé 7%
- pečivo tmavé 15%
- rýže 13%
- těstoviny 12%
- brambory 33%
- slané tyčinky, oříšky, smažené brambůrky 20%
- sladkosti (susšinky, bonbony, čokoláda) 20%
- sladké pití (limonáda, coca cola...) 12%
- voda, neslazená minerálka, čaj 0%
- ovoce 25%
- zelenina 22%
- knedlíky 10%

Graf č. 44

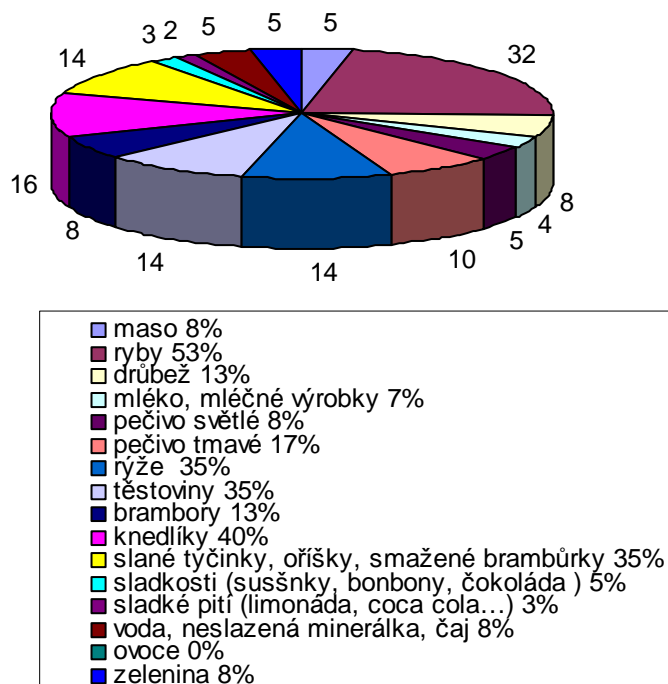
19 dětí (32%) z dotazované skupiny staršího školního věku 3 krát týdně konzumuje maso, 8 dětí (13%) drůbež, 7 dětí (12%) mléko a mléčné výrobky, 4 děti (7%) světlé pečivo, 9 dětí (15%) tmavé pečivo, 8 dětí (13%) rýži, 7 dětí (12%) těstoviny, 20 dětí (33%) brambory, 6 dětí (10%) knedlíky, 12 dětí (20%) slané tyčinky, oříšky či brambůrky, 12 dětí (20%) sladkosti, 6 dětí (12%) sladké pití, 15 dětí (25%) ovoce, 13 dětí (22%) zelenina.



Graf č. 45

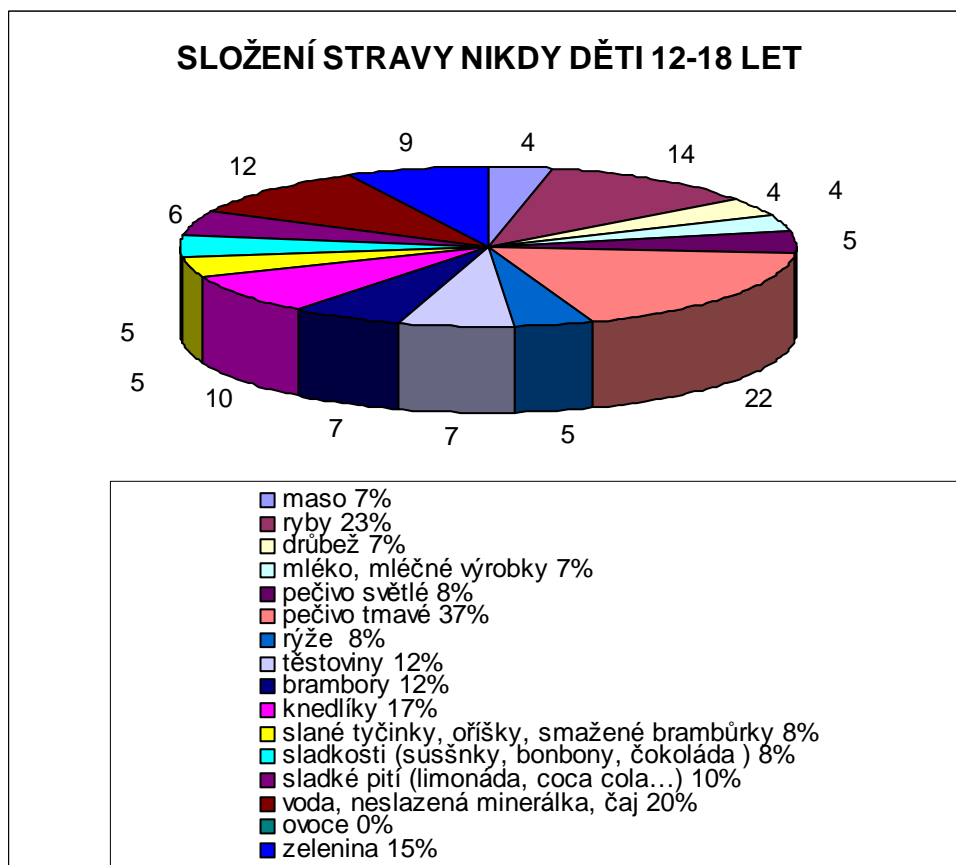
11 dětí (18%) z dotazované skupiny staršího školního věku konzumuje 1-2 krát týdně maso, 14 dětí (23%) ryby, 31 dětí (52%) drůbež, 11 dětí (18%) mléko a mléčné výrobky, 7 dětí (12%) světlé pečivo, 11 dětí (18%) tmavé pečivo, 29 dětí (48%) rýži, 28 dětí (47%) těstoviny, 25 dětí (42%) brambory, 28 dětí (47%) knedlíky, 19 dětí (32%) slané tyčinky, oříšky či brambůrky, 20 dětí (33%) sladkosti, 11 dětí (18%) sladké pití, 11 dětí (18%) neslazené nápoje, 16 dětí (27%) ovoce, 12 dětí (20%) zeleninu.

SLOŽENÍ STRAVY 1-3 MĚSÍČNĚ DĚTI 12-18 LET



Graf č. 46

5 dětí (8%) z dotazované skupiny staršího školního věku konzumuje 1-3 měsíčně maso, 32 dětí (53%) ryby, 8 dětí (13%) drůbež, 4 děti (7%) mléko a mléčné výrobky, 5 dětí (8%) pečivo světlé, 10 dětí (17%) pečivo tmavé, 14 dětí (35%) rýži, 14 dětí (35%) těstoviny, 8 dětí (13%) brambory, 16 dětí (40%) knedlíky, 14 dětí (35%) slané tyčinky, ořisky či brambůrky, 3 děti (5%) sladkosti, 2 děti (3%) sladké pití, 5 dětí (8%) neslazené nápoje, 5 dětí (8%) zeleninu.

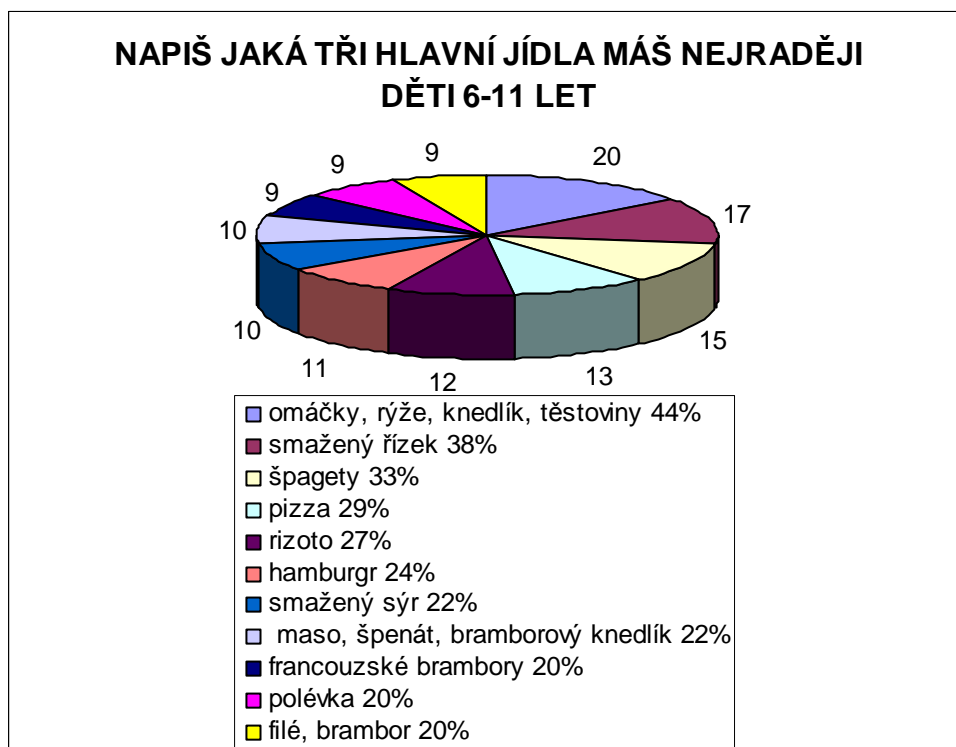


Graf č. 47

4 děti (7%) z dotazované skupiny staršího školního věku vůbec nekonsumuje maso, 14 dětí (23%) ryby, 4 děti (7%) drůbež, 4 děti (7%) mléko a mléčné výrobky, 5 dětí (8%) světlé pečivo, 22 dětí (37%) tmavé pečivo, 5 dětí (8%) rýži, 7 dětí (12%) těstoviny, 7 dětí (12%) brambory, 10 dětí (17%) knedlíky, 5 dětí (8%) slané tyčinky, ořisky či brambůrky, 5 dětí (8%) sladkosti, 6 dětí (10%) sladké pití, 12 dětí (20%) neslazené nápoje, 9 dětí (15%) zeleninu.

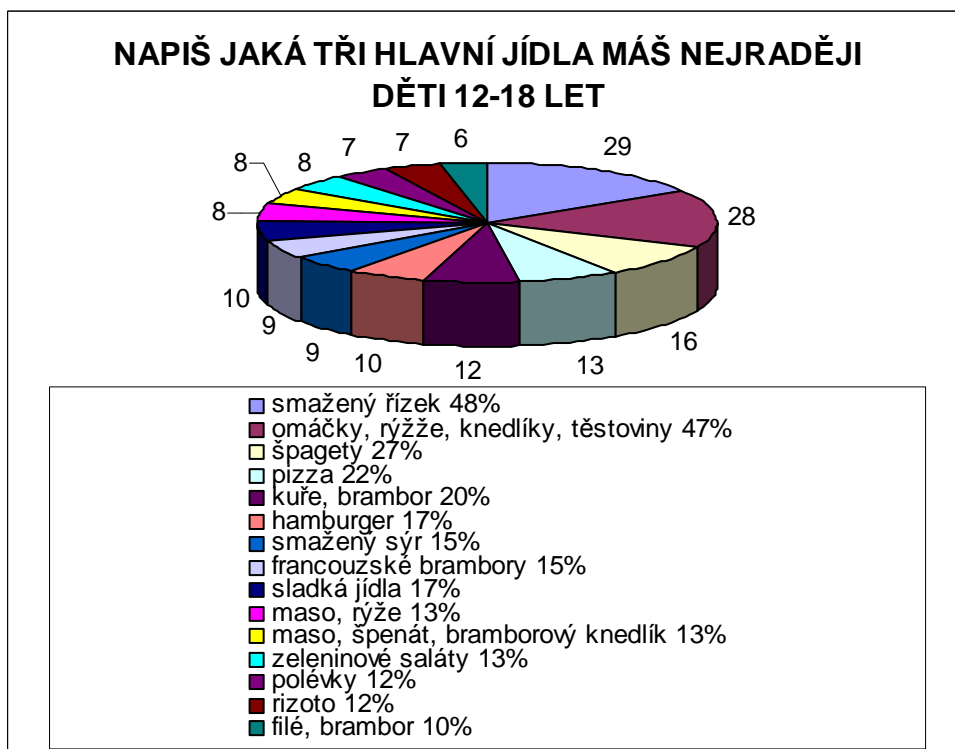
Otázka č. 11

Napiš, jaká 3 hlavní jídla máš nejraději (např. rajská omáčka s knedlíkem, smažený řízek, špagety ...)



Graf č. 48

Ve skupině dotazovaných dětí mladšího školního věku patří u 20 dětí (44%) mezi tři nejoblíbenější jídla omáčky, rýže, knedlíky a těstoviny, u 17 dětí (38%) je oblíbený smažený řízek, u 15 dětí (33%) špagety, u 13 dětí (29%) pizza, u 12 dětí (27%) rizoto, u 11 dětí (24%) hamburger, u 10 dětí (22%) smažený sýr, u 10 dětí (22%) maso, špenát a bramborový knedlík, u 9 dětí (20%) francouzské brambory, u 9 dětí (20%) polévka a u 9 dětí (20%) filé a brambor.



Graf č. 49

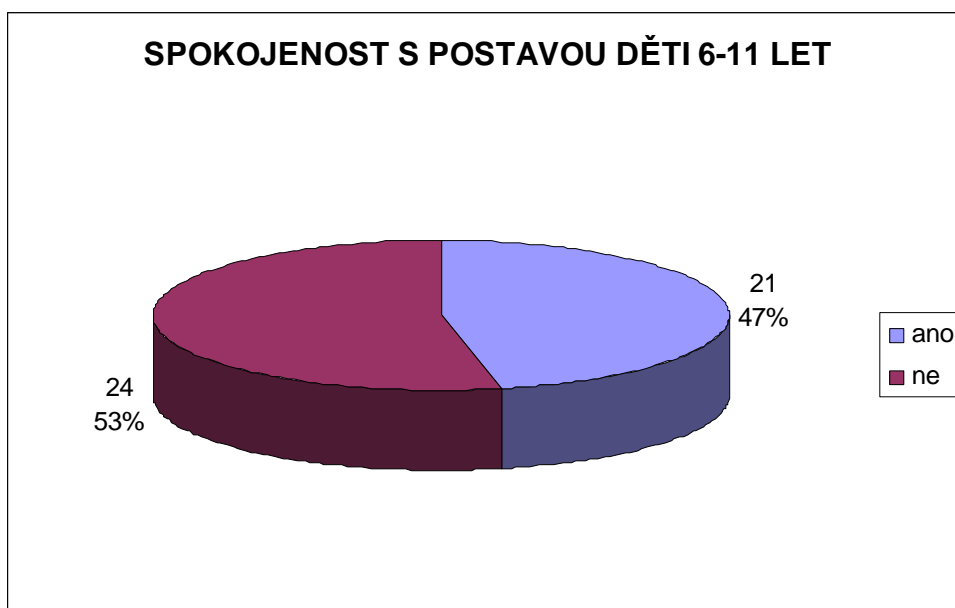
Ve skupině dotazovaných dětí staršího školního věku patří u 29 dětí (48%) mezi tři nejoblíbenější jídla smažený řízek, u 28 dětí (47%) omáčky, rýže, knedlíky, těstoviny, u 16 dětí (27%) špagety, u 13 dětí (22%) pizza, u 12 dětí (20%) kuře a brambor, u 10 dětí (17%) hamburger, u 9 dětí (15%) smažený sýr, u 9 dětí (15%) francouzské brambory, u 10 dětí (17%) sladká jídla, u 8 dětí (13%) maso a rýže, u 8 dětí (13%) maso, špenát a bramborový knedlík, u 8 dětí (13%) zeleninové saláty, u 7 dětí (12%) polévky, u 7 dětí (12%) rizoto, u 6 dětí (10%) filé a brambor.

Otázka č. 12

Jsi spokojený/á se svou postavou?

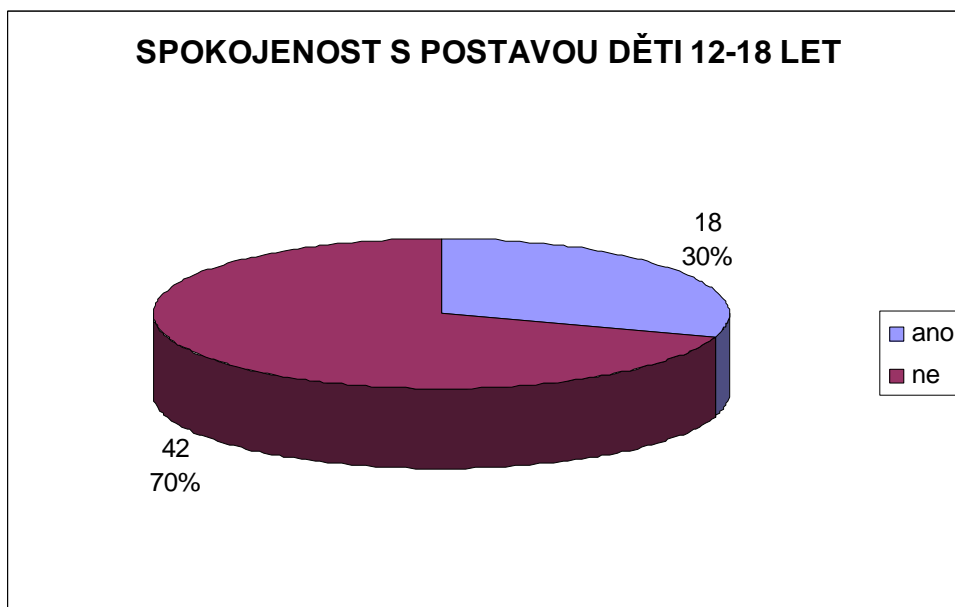
Možnosti odpovědi:

- Ano
- Ne



Graf č. 50

Dotazované děti s nadváhou mladšího školního věku ve 47 % (21 dětí) uvedly, že jsou spokojeny se svou postavou, v 53 % (24 dětí) odpověděly, že nejsou spokojeni se svou postavou



Graf č. 51

Dotazované děti s nadváhou staršího školního věku v 30% (18 dětí) jsou spokojeni se svou postavou a v 70% (42 dětí) nejsou spokojeni.

5.2 Vyhodnocení hypotéz

Závěrečné vyhodnocení provádím na základě informací, které jsem nastudovala v odborné literatuře, dále na základě informací od respondentů, které jsem získala pomocí dotazníku a volně vedených rozhovorů.

Hypotéza č. 1 : Domnívám se, že z celkového počtu dětí praktického lékaře Mudr. Holcové Vlasty ve Frýdlantu, je obézních 10%.

Studie SZÚ z roku 2001 odhalila, že obézních dětí je 15,5%, studie WHO z roku 2008 zjistila obezitu u dětí ve 13,5%. Proto jsem se domnívala, že klesající tendencí se bude obezita stále snižovat až na 10%. Tato hypotéza se mi nepotvrdila.

K hypotéze č. 1 se z dotazníku vztahují otázky č. 1, 8 z první části dotazníku.

Otázka č. 1: Věk a pohlaví Vašeho dítěte

Otázka č. 8: Jaká je aktuální výška a váha Vašeho dítěte

Podle doložených údajů je má první domněnka nesprávná. Pro zajímavost jsem ještě rozdělila děti do dvou věkových kategorií, na mladší a starší školní věk. V mladším školním věku je dětí s nadváhou či obezitou 16% , ve starším školním věku je jich dokonce 20%. To znamená, že v součtu obou kategorií je 18% (105 dětí) s nadváhou či obezitou. Ze studie také vyplývá, že přeci jen děti v mladším školním věku se ještě dají více ovlivňovat ze strany rodiny, ať se to týká výběru stravy, pohybové aktivity či celkového režimu dne.

Podle odpovědí na pohlaví dítěte jsem zjistila, že je překvapivě vyšší procento dětí s nadváhou či obezitou u chlapců než u dívek, a to u obou věkových kategorií. V mladším školním věku je to 64% (29) chlapců a 36% (16) dívek. Ve starším školním věku je to velmi podobné 63% (38) chlapců a 37% (22) dívek. Domnívala jsem se , že v mladším školním věku jsou spíše aktivnější chlapci, proto jsem předpokládala, že obézní budou spíše dívky.

Ve starším školním věku jsem předpokládala, že především vlivem hormonálních změn budou také více obézní dívky, ale jak jsem zjistila, už v tomto věku začínají dbát o své vzezření a více se uplatňuje touha se chlapcům líbit. Chlapci v tomto věku ještě příliš neřeší jestli se dívkám líbí. I zde se tedy nepřímo potvrzuje, že v mentálním vývoji jsou dívky rychlejší.

Velice překvapivé zjištění pro mě bylo, že spíše převládá obezita než nadváha. 33 % (35 dětí) je pouze nadváhy tedy 90 percentil. 67 % (70 dětí) je obézních tedy 97 percentil.

Hypotéza č. 2 : Předpokládám, že rodina a její negativní životní styl má vliv u 90% obézních dětí nebo dětí s nadváhou.

Studie SZÚ, fakulty tělesné výchovy Palackého v Olomouci, studie Northwesternské Univerzity, které se zabývají zdravým životním stylem prokázaly negativní způsob života u obézních dětí. Proto jsem se domnívala, že právě tento styl života způsobuje u 90% dětí obezitu. Tato má hypotéza se potvrdila.

K hypotéze č. 2 se z dotazníku vztahují otázky č. 10, 11, 12 z první části dotazníku, 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 z druhé části dotazníku.

Otázka č. 10 z první části dotazníku : Kolik hodin denně Vaše dítě spí

Otázka č. 11 z první části dotazníku : Jak trávíte svůj společný volný čas

Otázka č. 12 z první části dotazníku : Je někdo ve Vaší rodině obézní

Otázka č. 1 z druhé části dotazníku : Jaké sportovní kroužky navštěvuješ ve školním roce alespoň jednou týdně

Otázka č. 2 z druhé části dotazníku : Jaké sportovní aktivity máš o víkendu

Otázka č. 3 z druhé části dotazníku : Kolik času týdně trávíš u PC, TV, DVD, čtení knih, hraní na hudební nástroj

Otázka č. 5 z druhé části dotazníku : Jak cestuješ do školy

Otázka č. 6 z druhé části dotazníku : Kolikrát denně jíš

Otázka č. 7 z druhé části dotazníku : Snídáš

Otázka č. 8 z druhé části dotazníku : V kolik hodin večeríš

Otázka č. 9 z druhé části dotazníku : Jíš po 20 hodině večer, pokud máš hlad

Otázka č. 10 z druhé části dotazníku : Uveď jak často konzumuješ následující potraviny.

Otázka č. 11 z druhé části dotazníku : Napiš, jaká tři hlavní jídla máš nejraději

Pro pravidelný denní režim je nutný dostatečný spánek u dětí v délce 10-11 hodin, potvrdilo se mi, že toto rozmezí splňuje v mladším školním věku pouze 31% dětí a u staršího školního věku dokonce jen 3% dětí. U obou skupin, jsem si tedy potvrdila, že rodiče dostatečně děti nekontrolují a nedbají na nutnost délky spánku.

Děti velkou část společně tráveného času s rodiči, kromě sportování také tráví u TV, DVD,PC. V mladším školním věku to potvrdilo 31% respondentů, více se již společně děti s rodiči věnují cyklistice ve 33% a výletům ve 42%.

U staršího školního věku jsou výlety s rodiči v 47% , sledování TV, DVD,PC ve 45 % . Na třetím místě a to v 18% je cyklistika. Hlavně tedy u starších dětí je téměř polovina respondentů s rodiči pasivní, toto zjištění se mi zdá dosti alarmující. Důvodem těchto zjištění je nedostatek volného času rodičů, jejich pracovní vytíženost, dále také samotní rodiče nemají zájmy a koníčky, tudíž k tomuto nevedou ani své děti.

Subjektivně po rozhovorech s dětmi a rodiči tedy musím konstatovat, že děti ve věku 6-11 let ještě s rodiči tráví více sportovněji volný čas než děti ve věku 12-18 let. V tomto starším věku si již děti prakticky volí svůj způsob trávení volného času sami a pokud od útlého věku nebyly vedeny ke sportu, tak ani v této době si sport příliš volit nebudou.

Dá se předpokládat, že pokud jsou otlí rodiče, prarodiče či sourozenci, budou otlé i děti, a to hlavně z důvodu právě již zmíněného negativního životního stylu. Obezita v rodině je u 81% dotazovaných, jen 19% obezitu v rodině nemají. Nejčastěji bývají otlí prarodiče ve 40 případech, po té matky ve 30 případech, pak otcové v 22 případech, sourozenci v 10 případech. Nepřímí příbuzní jako jsou teta, strýc, bratranec, sestřenice jsou ve 20 případech. Z toho vyplývá, že děti ve větší míře kolem sebe v rodině vidí ostatní také obézní a tudíž jim to přijde jako standardní věc.

Jedna z nejdůležitějších věcí v boji proti obezitě je sportovní aktivita dětí, ta ale bohužel není ve všech případech. Děti ve věku 6-11 let ve 48% neprovozuje žádný sport ve školním roce. Děti ve věku 12-18 let neprovozují žádný sport ve školním roce

v 50%. Což si myslím, že je také dosti alarmující zjištění a opět to ukazuje na nedostatečný vliv rodičů k vedení dětí ke sportovní aktivitě. Nemají zájem o to, aby jejich děti nějaký sportovní kroužek nebo nemají dostatek financí na zaplacení těchto aktivit.

Lépe jsou již na tom děti o víkendu. Kdy v mladším školním věku se dokonce neobjevila jediná odpověď, kdy dítě nedělá vůbec nic. Nejvíce ve 28% provozují cyklistiku, ve 22% chodí na vycházky, v 18% tráví pobytem na zahradě.

Ve starším školním roce udalo 7% dětí, že nedělá nic, 16% hraje fotbal, 19% chodí na vycházky, 22% jezdí na kole. Jeden z důvodů, proč děti o víkendu sportují je ten, že mají více volného času a mohou se věnovat těmto aktivitám spolu se svými kamarády.

V otázce týkající se sedavých aktivit je alarmující doba vysedávání u PC, TV, DVD v mladším školním věku u 7 případů 16-20 hodin týdně a dokonce u 6 dětí i více. Naopak 15 dětí věnuje čtení knih 1-5 hodin týdně a 4 děti 6-10 hodin týdně. U 5 dětí je oblíbeno malování 1-5 hodin týdně a u 3 dětí dokonce 6-10 hodin týdně.

Ve starším školním věku více než 20 hodin týdně u PC, TV, DVD tráví 15 dětí, 16-20 hodin týdně sedí u PC, TV, DVD 10 dětí, 11-15 hodin týdně u PC, TV, DVD je 25 dětí. Čtením knih 1-5 hodin týdně se věnuje 25 dětí, 6-10 hodin týdně čtou 7 dětí. A pouze 5 dětí se věnují 1-5 hodin týdně hře na hudební nástroj. Celkově mě tedy zklamalo, že tak málo jsou v oblibě knihy a ještě více mě překvapilo, že děti nemají zájem o hru na hudební nástroj. Opět zde narážíme na nezájem rodičů o to, jak jejich děti smysluplně tráví svůj volný čas. A to z důvodu pracovního vytížení nebo proto, že ani samotní rodiče nemají žádný koníček a tedy jim připadá sledování TV či vysedávání u PC jako samozřejmá věc.

Překvapivě v otázce na cestování do školy zodpověděly děti ve věku 6-11 let, že do školy chodí ve 27% pěšky, ve 27% jezdí s rodiči, ve 46% autobusem nebo vlakem.

Děti ve věku 12-18 let ve 47% chodí pěšky, ve 20% jezdí s rodiči autem a v 33% dojíždí autobusem nebo vlakem. Tyto hodnoty jsou dány tím, že děti žijí v malém městě a proto chodí pěšky, protože vše je tu blízko, většina dojíždějících je tedy z okolních vesnic.

Ke správnému udržení normální váhy je také nutno častěji a pravidelně jíst. U mladšího školního věku ještě rodiče přeci jen dbají na pravidelnost stravy. Ve 42% děti jedí 5 krát denně, ve 36% 4 krát denně a ve 22% jen 3 krát denně.

U staršího školního věku je to již jiné. Ve 42% jedí ještě děti 4 krát denně, ve 33% dokonce jen 3 krát denně, a jen ve 25% jedí 5 krát denně. Zde se mi tedy potvrdilo, že děti jedí nepravidelně a málo často, a mají tedy nesprávné návyky. Toto plyne z neznalosti rodičů kolikrát denně by mělo dítě jíst, také z nedostatku času na jídlo samotných dětí.

Nejdůležitějším jídlem pro nastartování organismu je snídane, zde překvapivě již mladší děti ve 33% nesnídají, 27% snídá někdy a 40% děti snídají. Starší děti jsou na tom podobně. 32% nesnídají, 33% snídá jen někdy a 35% snídají. Opět se tedy potvrzuje, že děti nemají naučené základní návyky předpokládané pro udržování správné hmotnosti. Narážíme tu opět na nedostatek času na snídání, nebo děti stávají příliš brzy, aby se dopravily do vzdálenější školy a po ránu tedy ještě nemají hlad.

Správný čas večeře je také velice důležitý a to proto, aby tělo před spánkem nebylo zbytečně zatěžováno a nespotřebované večerní kalorie získané jídlem se neukládaly do tukových zásob. Děti ve věku 6-11 let v 54% jedí v 19 hodin, 42% v 18 hodin, jen 4% jí v 17 hodin. Děti ve věku 12-18 let nejčastěji večeří ve 44% v 18 hodin, 37% večeří v 19 hodin, 7% večeří až ve 20 hodin a jen 12% večeří v 17 hodin.

Zde tedy mohu být s odpověďmi spokojená. Alespoň čas večeře ve většině případech rodina dodržuje správně.

Ale v následující otázce o konzumaci potravy po dvacáté hodině respondenti opět potvrdily nesprávné návyky a to tak, že mladší děti v 51% někdy jí ještě po 20. hodině, 16% potvrdilo, že jí po 20. hodině a 33% dětí již nejí.

U větších dětí je tento neduh ještě markantnější, 32% jí po 20. hodině, 43% někdy a jen 25% nikdy.

Tato otázka mě utvrdila v tom, že rodiče příliš nehlídají jestli děti ještě něco konzumují po 20. hodině. Sami rodiče dávají špatný příklad ve večerním uždibování slaných či sladkých pamlsků. Večerní konzumací dohání nedostatečný přísun potravin přes den.

V otázce o konzumaci potravin, mě zajímalo složení stravy obézních dětí, všeobecně mají příliš velký přísun sladkostí a sladkého pití a také mají velice v oblibě "chuťovky" v podobě smažených brambůrků, slaných oříšku a tyčinek.

Přísun zeleniny je denně u mladších dětí jen v 27 % a ovoce ve 44%, jen 22 % dětí jí maso. Naopak nikdy nejí : tmavé pečivo 38% dětí, 24% dětí ryby, 20% dětí zeleninu, 13% dětí maso a 13% dětí rýži.

Starší děti mají denně přísun zeleniny jen ve 35%, maso konzumuje také jen 35% dětí, 48% dětí jí ovoce. Naopak nikdy nejí: 37% dětí tmavé pečivo, 23% dětí ryby, 20% dětí neslazené nápoje, 15% dětí zeleninu.

Z toho vyplývá, že to co domů rodiče nakoupí, to také děti jí. Záleží na rodičích, jaké potraviny domů kupují, zda dělají dětem svačiny a nebo dají dětem peníze na svačinu, za které si ale většinou nakoupí coca colu a smažené brambůrky. Po rozhovorech s dětmi, mi to mnohé potvrdily. Také mnoho rodičů vlastně ani netuší, jak by se jejich dítě mělo stravovat a co je v jídelníčku žádoucí, co méně a co by dítě jíst vůbec nemělo. Dalším velkým problémem jsou prarodiče, kteří za zády rodičů dětem podstrojují samé "vydatné dobroty" a tím sťažují eventuelní snahu rodičů o redukci váhy dítěte.

Dále jsem se dozvěděla, že u dětí mladšího školního věku jsou v největší oblibě omáčky (a to hlavně svíčková) s knedlíkem, rýží či těstovinami v 44%. Na druhém místě je smažený řízek v 38% a na třetím místě špagety ve 33%. Nejméně dětí udalo jako oblíbené jídlo filé a brambor ve 20%.

Ve starším školním věku je nejoblíbenější řízek ve 48%, omáčky jsou na druhém místě těsně ve 47%, a na třetím místě také špagety ve 27%. I zde děti nejméně udávají oblibu ryby jen v 10%.

Z tohoto vyplývá, že obě věkové skupiny jsou prakticky ve výběru obědů hodně podobné. Potvrdilo se mi, že denní přísun bílkovin není takový jaký by měl být a je spíše nahrazen cukry. A opět záleží na rodičích co dítěti přichystají a na kolik dbají na vyváženost stravy.

Abych mohla vyhodnotit hypotézu č. 2 musela jsem si zhodnotit, co považuji za zdravý životní styl dětí a posléze vyhodnotit, kolik dětí skutečně podle tohoto modelu žije.(40)

Pro přehlednost uvádím tabulku.

ZDRAVÝ ŽIVOTNÍ STYL	ANO	NE
Počet jídel denně 5-6 porcí	34 (32 %)	71 (68 %)
Snídaně	38 (36 %)	67 (64 %)
Večeře do 19 hodin	101 (96 %)	4 (4 %)
Vyvážená strava	19 (18 %)	86 (82 %)
Pravidelný sport	54 (51 %)	51 (49 %)
Spánek 10 hodin a více	16 (15 %)	89 (85 %)

Po té jsem zkoumala každý dotazník a hodnotila, kolik dětí žije podle zdravého životního stylu. Výsledek je tento :

ZDRAVÝ ŽIVOTNÍ STYL	ANO	NE
	9 (9 %)	96 (91 %)

Tímto způsobem jsem tedy zjistila, že 9% dětí dotazované skupiny skutečně žije podle zdravého životního stylu, 91% dětí ovšem spíše žije negativní zdravotní styl. Tedy hypotéza č.2 se mi potvrdila. Celkově jsem tedy zjistila, že role rodičů je velice důležitá u vzniku obezity dítěte. Nízká informovanost rodičů o vhodné vyvážené stravě, jejich nedostatečné povědomí o zdravém životním stylu a konečně samotný postoj rodičů k životu, má skutečně zásadní vliv na režimu a životním stylu celé rodiny.

6. DISKUSE

Nepřímo k hypotézám a spíše pro mojí informovanost, jsem zvolila doplňující otázky :

Otázka č.2 z první části dotazníku : Porodní hmotnost Vašeho dítěte

Otázka č.3 z první části dotazníku : Způsob porodu

Otázka č. 4 z první části dotazníku : Jak dlouho bylo kojeno Vaše dítě

Otázka č. 6 z první části dotazníku : Léčí se někdo ve Vašem příbuzenstvu na uvedená onemocnění

Otázka č. 7 z první části dotazníku : Léčí se Vaše dítě na nějaké onemocnění, pokud ano napište na jaké

Otázka č. 9 z první části dotazníku: Jaké je Vaše dosažené vzdělání

Otázka č.4 z druhé části dotazníku : Máš nějaké zdravotní obtíže omezující v pohybové aktivitě

Otázka č. 12 z druhé části dotazníku : Jsi spokojený/ á se svou postavou

Výzkumy byla zjištěna souvislost mezi nízkou porodní hmotností a následnou obezitou dětí. Ve svém výzkumu jsem zjistila, že 43% dětí mělo porodní hmotnost 3000 – 3499 g, 17% 3500 – 3999g, nízká porodní hmotnost 2000 – 2499g byla jen v 10%, ve 22% byla porodní hmotnost 2500 – 2999g. V 8% byla porodní váha nad 4000g. Z toho vyplývá, že u jedné třetiny tedy může být také souvislost mezi porodní hmotností a obezitou dítěte.

Také způsob porodu může mít vliv na pozdější obezitu dítěte. U vybraného vzorku dětí se mi toto tvrzení nepodařilo prokázat. Možným důvodem by mohlo být zkoumání

relativně malého počtu dětí. V 79% byl totiž u dotazovaných respondentů porod vaginální a pouze v 21% byl veden císařským řezem.

Chtěla jsem si ověřit, zda má skutečně délka kojení spojitost se vznikem obezity. Čím kratší dobu je dítě kojeno tím vyšší je riziko obezity. Ve 4% děti nebyly vůbec kojené, ve 29% byly kojené jen do 2 měsíců, a ve 31% byly kojené mezi 2. – 6. měsícem. 19% dětí bylo kojeno do 12 měsíců, 19% dětí bylo kojeno déle než 12 měsíců. Takže by se dalo říci, že tato spojitost se potvrdila. Délka kojení u dětí déle než 6 měsíců tedy byla 38%.

Jistá souvislost mezi obezitou dítěte může být také dána metabolickým onemocněním v rodině. Na onemocnění štítné žlázy se v rodině léčí 33% příslušníků a v 67% jsou všichni v rodině zdraví. Na diabetes mellitus se léčí v rodině 38% příslušníků a v 62% jsou všichni zdraví. Dispozice k obezitě tedy má jen třetina dětí.

Onemocnění dítěte (např. hypofunkce štítné žlázy, porucha růstu) a užívání některých léků (např. Glukokortikoidy) samozřejmě také může do značné míry ovlivňovat váhu dítěte. Zjistila jsem, že 73% dětí se na žádné onemocnění neléčí a 27% ano. Z toho vyplývá, že třičtvrtiny dětí v tomto směru nemají žádné dispozice k tomu být otlý.

Vzdělání rodičů a obezita jejich dítěte má také nepřímou souvislost.. Zatímco vysokoškolsky vzdělaní rodiče jsou pouze ve 4 případech (2%), středně vzdělaných s maturitou je 52 (25%), s odborným vzděláním bez maturity dokonce 102 (48%), rodičů se základním vzděláním je 52 (25%). O skladbě jídelníčku především rozhodují a také ho kontrolují matky, které hlavně nakupují a starají se o stravování rodiny. Proto si myslím, že méně vzdělané matky mají spíše otlilé děti.

Samozřejmě k tomu, aby mohlo dítě dodržovat zdravý životní styl a dostatečně sportovat je nutné, aby nebylo omezeno v pohyblivosti. V 73% jsou děti schopné pohybu, ve 27% mají zdravotní obtíže. Nejčastěji jsou to astmatické problémy, v jednom případě je handicapem dětská mozková obrna, v jednom případě epilepsie, ve čtyřech případech udávali respondenti potíže v důsledku ploché nohy. Tedy většina dětí mi potvrdila, že sportovní aktivity by neměly být pro ně problém. Ale jejich vedení

rodiči není tak důsledné, nedokáží děti dostatečně namotivovat ke sportovním aktivitám nebo nedávají vhodný příklad, protože sami také nesportují.

A jen pro zajímavost jsem také zařadila otázku jak jsou děti spokojené se svou postavou. Zde jsem se dozvěděla, že děti ve věku 6-11 let v 53% odpověděli, že spokojeni s postavou nejsou a 47% se svou postavou spokojeno je. Tedy v tomto věku tento problém řeší pouze polovina dětí.

Ve věku 12-18 let je už situace jiná, zde odpovědělo 70%, že není spokojeno se svou postavou a 30% spokojeno s postavou je. Potvrdilo se mi také, že svou postavu spíše řeší dívky než chlapci.

ZÁVĚR

Problematika dětské obezity je velice diskutovaná a právem se na ní klade takový důraz. Již existuje mnoho dostupných materiálů a edukačních prospektů, které nás informují, o důvodech i možných následcích obezity.

V teoretické části jsem se zaměřila na rizikové faktory vzniku a rozvoje obezity, kam patří pohybová aktivita, stravovací návyky a zdravá výživa, pitný režim. Tedy na životní styl. Dále jsem zmínila také zdravotní důsledky obezity hlavně v pozdějším věku.

V praktické části jsem se již zaměřila konkrétně na problematiku obézních dětí, jaké jsou hlavní chyby dětí a hlavně rodičů např. v podávané skladbě potravin, v životním stylu celé rodiny. Zda rodiče vedou své děti ke sportu či nikoli. K výzkumu jsem použila anonymní nestandardizovaný dotazník, po té jsem s každým respondentem a rodičem prodiskutovala jejich situaci a snažila se najít možná východiska k redukci váhy dítěte.

Jelikož dotazované děti jsou z dětského obvodu, kde pracuji jako zdravotní sestra, byl tento výzkum pro mě o to zajímavější a důležitější. Rodiče i děti mě znají a mají ve mně důvěru a tak i nadále budeme společně sledovat možné úspěchy či neúspěchy při pravidelných kontrolách váhy a míry. Již nyní jsem se setkala ve většině případů se zájmem rodičů o řešení tohoto problému. Domluvili jsme se na vhodném jídelníčku dětí a zařazení pravidelné sportovní aktivity.

V mém výzkumu mě překvapilo, kolik dětí z obvodu MUDr. Holcové Vlasty, trpí nadváhou či obezitou. Můj předpoklad byl nižší.

Domnívám se, že z velké části na obezitě dětí má skutečně vliv rodina, rodiče jsou ti, kteří dávají dítěti příklad, jak se má stravovat, udržovat si své zájmy, sportovat, předávají mu své zvyklosti, hodnoty, názory. Dítě vlastně automaticky přejímá pozitivní i negativní přístupy k životu od svých rodičů. A v konečném důsledku se chová jako oni.

Jedna z dalších zajímavých informací byla ta, že u vysokoškolsky vzdělaných rodičů se prakticky obezita dětí neobjevuje. To byl pro mě zajímavý poznatek.

Závěrem bych ráda podotkla, že tato bakalářská práce mě oslovila natolik, že i nadále budu sledovat a zaměřovat se při preventivních prohlídkách dětí na možné riziko obezity a edukovat rodiče, jak správně vést děti k tomu, aby předešli jejich možné obezitě.

Seznam bibliografických citací

- 1) Pařízková Jana „Obezita v dětství a dospívání“, Karolinum Praha 2007, 239s.
ISBN 978-80-246-1427-4
- 2) Nevoral Jiří „Výživa v dětském věku“ – H+H 2004, 420s.
ISBN 80-860-22-93-5
- 3) Galloway Heft „Děti v kondici“ – Grada 2007, 144s.
ISBN 978-80-27-47-2131-7
- 4) Kunová Václava „Zdravá výživa“ – Grada 2005, 140S.
ISBN 978-80-247-3433-0
- 5) PhDr. Ondřiová Iveta – časopis „Sestra“ 01/2011
- 6) I.Poršová – „Endokrinologie v praxi“, Grada 1995, 159s.
ISBN 807-16-922-04
- 7) B.Markalous – „Nemoci štítné žlázy“, Triton 2004, 197s.
ISBN 807-25-496-18
- 8) L. Navrátil a kol. – „Vnitřní lékařství pro nelékařské obory“, Grada 2008, 424s.
ISBN 978-80-247-2319-8
- 9) K. Měkota – „Pohybové dovednosti, činnosti, výkony“, Univerzita Palackého v Olomouci, 2007, 163S.
ISBN 80-244-1728-6
- 10) Bláha, Vignerová, Riedlová- SZÚ 2005- 6. celostátní antropologický výzkum dětí a mládeže 2001
- 11) www.vademecum-zdravi.cz- Správná výživa dětí – Z.Bursíková
- 12) www.szú.cz- tiskové zprávy z kampaně
- 13) www.dr schnabelova.cz/news/jak-se-leci-detska-obezita
- 14) www.obesitas.cz/doporuceny-postup-prevence-a-lecby-detskeobezity
- 15) www.obezita.podrobneji.cz/obezita-u-deti.aspx
- 16) www.ordinace.cz/clanek/naucte-sve-deti-pit/
- 17) www.ordinace.cz/clanek/deti-ktere-nesnidaji-se-hur-uci/
- 18) www.osel.cz - dětská obezita a nespavost
- 19) www.ordinace.cz/clanek/jak-zije-obezni-dite/
- 20) www.ordinace.cz/clanek/prevence-detske-obezity/
- 21) www.ordinace.cz/clanek/dedi-se-geny-k-obezite-nebo-spolecny-talir/
- 22) www.ordinace.cz/clanek/za-detskou-obezitou-je-vetsinou-prejidani/

- 23) www.mojerama.cz/rust-a-vyvoj-deti
- 24) www.vyzivadeti.cz
- 25) www.hravezijzdrave.cz
- 26) www.medical-academy.cz
- 27) www.obesitas.cz. - doporučený postup prevence a léčby dětské obezity
- 28) <http://www.jidelny.cz/show.asp?id=1007>- Problémové oblasti pitného režimu-
Mgr. Slávka Mrošková
- 29) <http://www.jidelny.cz/show.asp?id=872>- potravinová pyramida – pomůcka pro
rychlé hodnocení výživy
- 30) www.viviente.cz - základy zdravé výživy člověka
- 31) www.zdn.cz - Mudr. Jiří Bronský – Orexiny spát či jíst ?
- 32) www.anamneza.cz - zavádění nemléčné výživy kojencům
- 33) <http://www.prader-willi.cz>
- 34) http://www.vnitrnilekarstvi.cz/jsp/obsahakt_podr.jsp?id_clanek=1621- porodní
hmotnost a genetické pozadí rizika diabetes melitus 2. typu u české populace,
RNDr. D.Vejražková PhD.
- 35) <http://www.szu.cz/publikace/data/6-celostatni-antropologicky-vyzkum>
- 36) <http://artroza.ordinace.biz/>
- 37) <http://www.co-allergy.cz/coaci-clanek?id=1770>- astma a obezita
- 38) <http://nemoci.vitalion.cz/mykoza/>
- 39) <http://tehotenstvi.aspone.cz/tehotenska-vyziva.aspx>
- 40) www.vyzivahrou.cz

Seznam příloh

Příloha č.1: Nové znění obecných výživových doporučení pro ČR

Příloha č.2: Vzorový jídelníček dětí 7-10 let

Příloha č.3: Dětská obezita a její prevence, příčiny

Příloha č.4: Šest důvodů pro pravidelný pohyb

Příloha č.5: Hmotnost k tělesné výšce- chlapci

Příloha č.6: Hmotnost k tělesné výšce- dívky

Příloha.č.7: Semaforový systém

Příloha č.8: Dotazník

Přílohy

Příloha č.1

Nové znění obecných výživových doporučení pro ČR

1. Jezte pravidelně vyváženou pestrou stravu založenou více na potravinách rostlinného původu.
2. Buďte aktivní! Dospělí by měli nakumulovat minimálně 30 minut pohybové aktivity střední intenzity denně, děti minimálně 60 minut. Pohybová aktivita střední intenzity je například: rychlá chůze, jízda na kole, práce na zahradě apod.
3. Jezte různé druhy zelenina a ovoce, alespoň 400 g denně, přednostně čerstvé a místního původu. Do tohoto množství se nezapočítávají brambory a džusy.
4. Jezte potraviny jako jsou obiloviny, celozrnné pečivo, brambory, těstoviny, které jsou bohaté na škrob a vlákninu.
5. Denně konzumujte mléko a mléčné výrobky.
6. Kontrolujte příjem tuků. Dávejte přednost rostlinným olejům před živočišnými tuky. Omezte spotřebu potravin s vysokým obsahem tuků.
7. Nahrazujte tučné maso a masné výrobky luštěninami, drůbeží a rybami (i tučnými rybami, které jsou dobrým zdrojem omega-3 mastných kyselin).
8. Kontrolujte příjem soli. Celkový denní příjem nemá být vyšší než 5 g (1 čajová lžička), a to včetně soli skryté v potravinách. Používejte sůl obohacenou jódem.
9. Omezujte spotřebu sladkostí a slazených nápojů.
10. Denně vypijte minimálně 1,5 l tekutin. Dávejte přednost čisté vodě a neslazeným nealkoholickým nápojům.
11. Pokud pijete alkoholické nápoje, vyvarujte se opíjení a nepřekračujte denní množství představující např. 0,5 l piva nebo 2 dcl vína nebo 5 cl 40% destilátu.
12. Podporujte plné kojení do ukončeného 6. měsíce, poté kojení s příkrmem do dvou let věku dítěte i déle.

Zdroj: MZČR 2009

Příloha č.2

VZOROVÝ JÍDELNÍČEK DĚTI 7-10 LET

- **snídaně:** 1 krajíc chleba, 30g cottage, 1 paprika
- **přesnídávka:** 1 vanilkový přibináček, 1 dalaťánek
- **oběd:** 250 ml bramborové polévky, 60g hovězího na česneku, 70g salátu, 100g salátu
- **přesnídávka:** 200g ovocného salátu s jogurtem
- **večeře:** 2 plátky toastového chleba, 40g pomazánky z lososa, 1 rajče



Zdroj: www.vyzivadeti.cz

DOPORUČENÉ DENNÍ DÁVKY DÍTĚ NORMÁLNÍ HMOTNOSTI VE VĚKU 7-10 LET JSOU:

- Energie 7100-7900kJ/1690-1880kcal
- Bílkoviny 50g
- Sacharidy 209-232g
- Tuhy dívky 56-65g, chlapci 62-73g
- Vlákna 12-15g
- Tekutiny 1,8l



Zdroj: www.vyzivadeti.cz

Příloha č.3

Dětská obezita a její prevence

Dětská obezita může mít vážné následky v dospělosti a to především na zdravotním stavu člověka.

- Základem je co nejdéle kojit – kojení je základ pro zdravý vývoj dítěte.
- Vždy jděte svým dětem příkladem
- Naučte děti společně jíst u stolu
- Nikdy nezapomínejte na snídani
- Učte děti jíst ovoce a zeleninu
- Společně s dětmi sportujte a mějte dostatek pohybové aktivity

Obezita a příčina

Nejčastější příčinou je nepoměr mezi příjmem a výdejem energie.

- Nadměrný příjem energie – zvýšený přívod tuků a cukrů.
- Nedostatečný výdej energie – se projevuje především sníženou pohybovou aktivitou, sedavý způsob zaměstnání a jiné.
- Dědičnost, pokud jsou oba rodiče obézní je 80% pravděpodobnost, že dítě bude také obézní
- Užívání některých léků – antidepresiva, hormonální antikoncepce, psychofarmaka
- Onemocnění štítné žlázy – obezita se vyskytuje především při snížené funkci štítné žlázy
- Psychický stav jedince – stres, deprese, úzkostné stavy



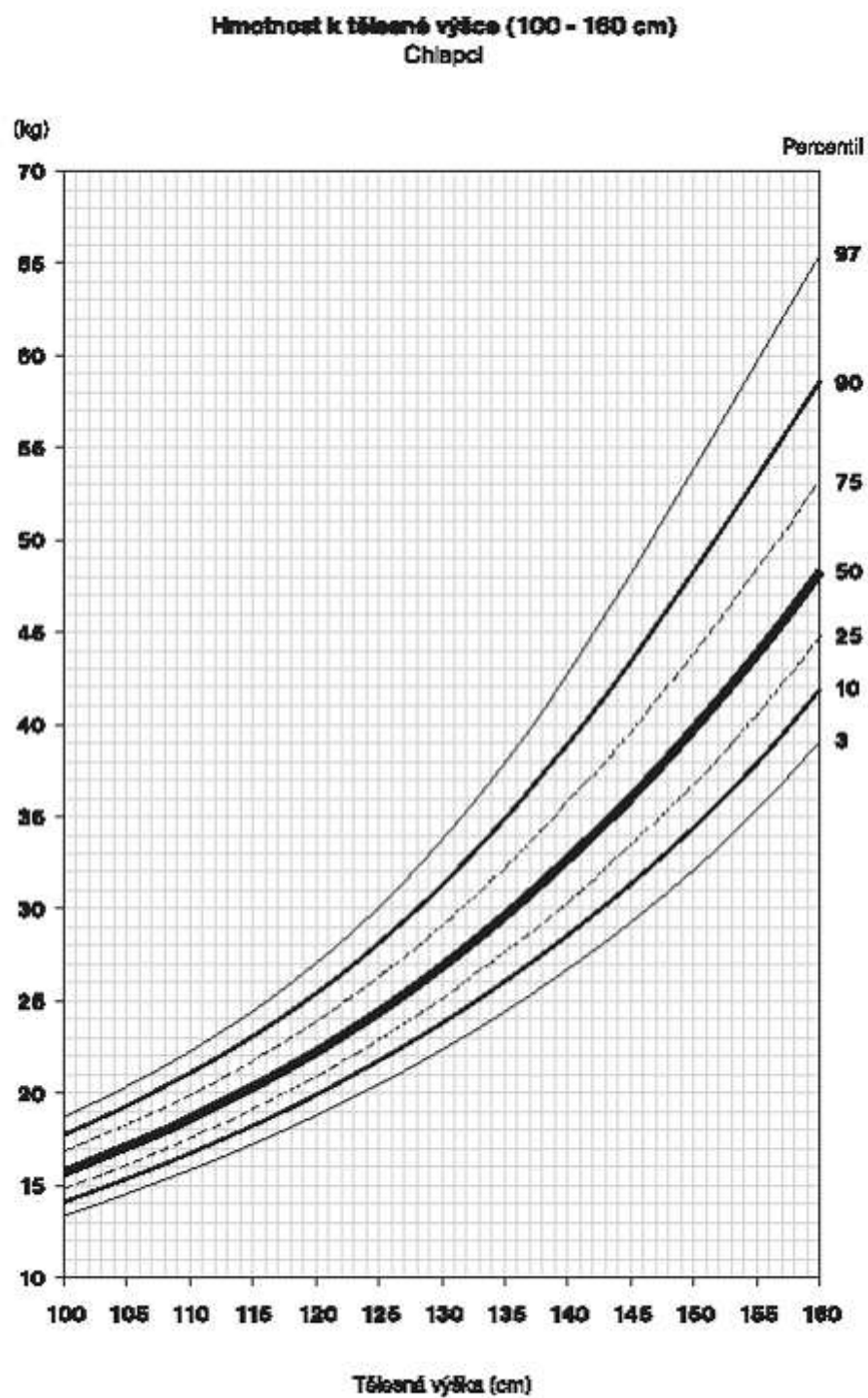
Příloha č.4

6 důvodů pro pravidelný pohyb:

- snižuje hladinu cholesterolu, a tedy i riziko aterosklerózy, infarktu myokardu a mozkové mrtvice v pozdějším věku
- posiluje oběhový systém a snižuje riziko selhání srdce
- zlepšuje dýchání a prokrvení organismu, a snižuje tak pocit únavy nebo bolesti hlavy
- zpevňuje svaly (zejména zádové a břišní), odstraňuje bolesti zad a zmenšuje svalové disbalance
- přináší odreagování od pracovních i osobních problémů
- zdokonaluje postavu, a tím pádem zvyšuje sebevědomí



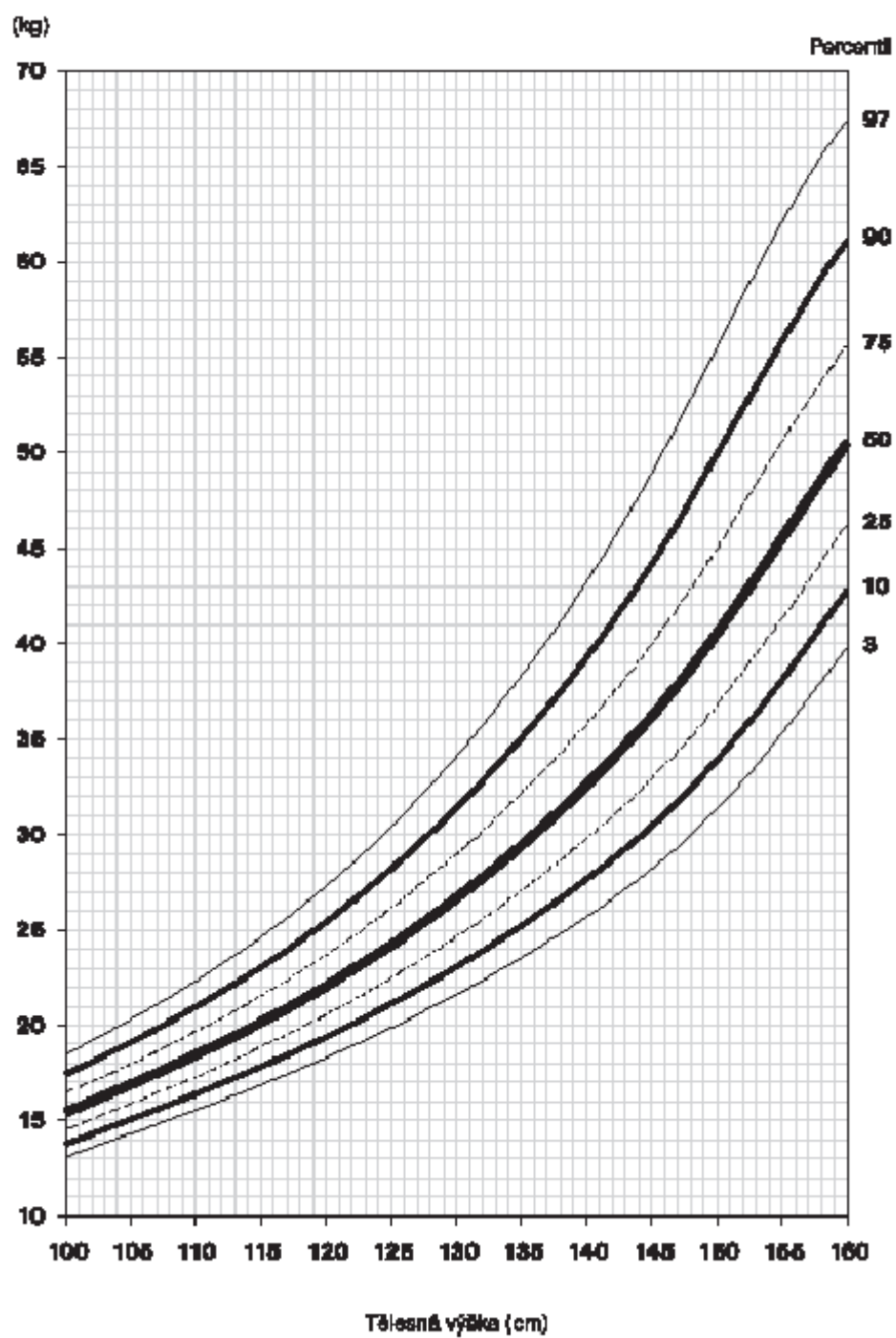
Příloha č.5



Příloha č.6

Hmotnost k tělesné výšce (100 - 180 cm)

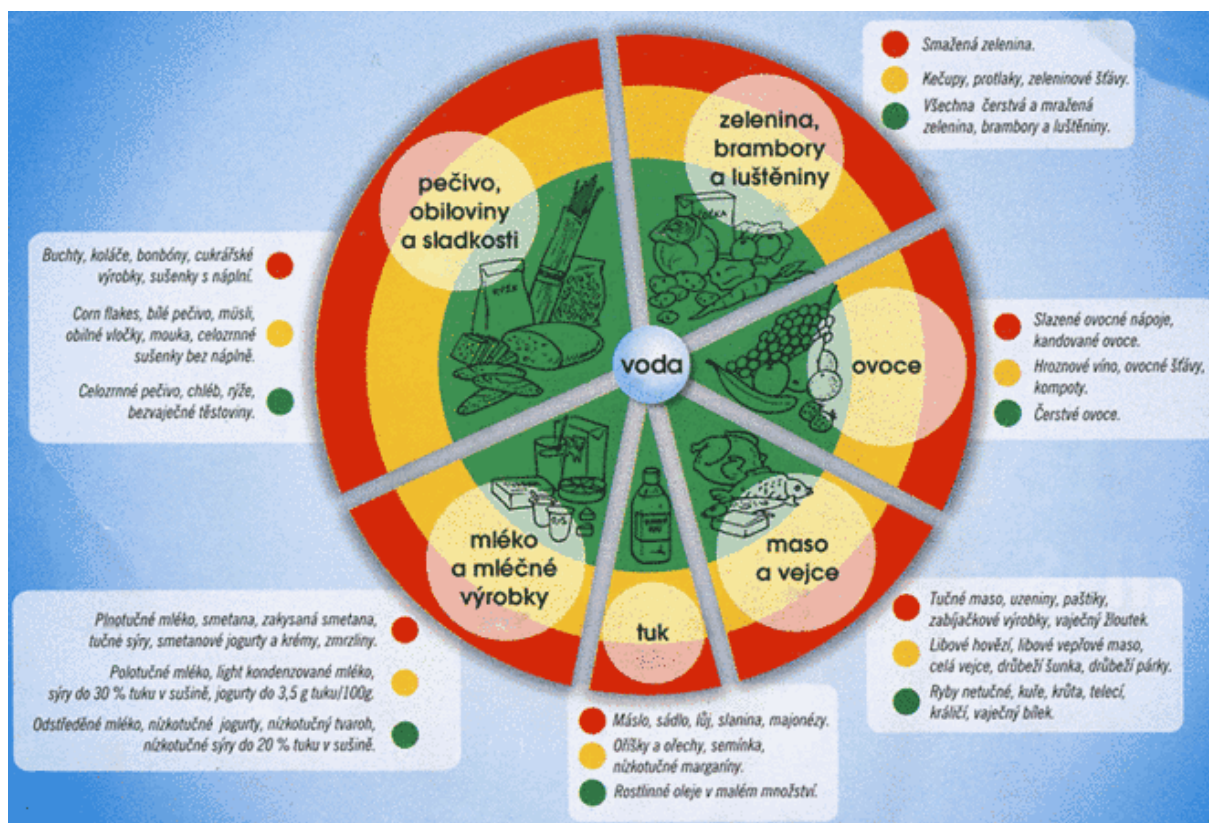
Divky



Příloha č.7

Semaforový systém

Semafor je barevně rozdělen: zelená znamená "volno" - tyto potraviny bychom si měli vybírat nejčastěji; žlutá znamená „pozor“ - tyto potraviny můžeme jíst, ale v omezeném množství; červená znamená "stop" - těmto potravinám bychom se měli raději vyhýbat.



Tento kruh je rozdělen do 6 skupin. Potraviny jsou rozdělené do jednotlivých skupin podle logického původu a podle obsahu živin. Velikost výseče kruhu se skupinami potravin ukazuje, kolik jídla z dané skupiny máte denně zkonzumovat v porovnání se skupinou jinou. Pamatujte, že denně byste měli sníst něco z každé skupiny.

● Vnitřní zelený kruh znamená volno. Tyto potraviny může-te jíst libovolně, téměř bez omezení. Potraviny ve vnitřním zeleném kruhu jsou z hlediska snižování tělesné hmotnosti ty nejvhodnější. Mají nejvíce vitamínů a minerálů, většina z nich také obsahuje velké množství vlákniny. Obsahují málo nasycených tuků a cholesterolu, obvykle také málo soli. Nejvíce potravin, které denně jíte, by mělo být ze zeleného kruhu.

● Střední žlutý kruh znamená pozor. Tyto potraviny může-te jíst, ale ne bez omezení. Potraviny ve středním žlutém kruhu se také řadí mezi ty vhodnější. Většinou ale neobsahují tolik vitamínů a minerálních látek a často mají méně vlákniny. Můžou obsahovat nasycené tuky a cholesterol, stejně tak přidaný sodík, hlavně ve formě kuchyňské soli. Tyto potraviny můžete jíst, dejte ale pozor, aby nepřevládaly nad těmi z vnitřního zeleného kruhu.

● Vnější červený kruh znamená stop. Těmto potravinám se raději vyhýbejte. Potraviny ve vnějším červeném kruhu obsahují hodně volného cukru, nezdravých nasycených tuků a nebo soli. Můžete si dát malou porci 1 nebo 2 potravin z vnějšího červeného kruhu, potom, co si naplánujete jídelníček složený hlavně z jídel z kruhu vnitřního.

Zdroj: <http://www.obezita.cz>

DOTAZNÍK

Milí rodiče a děti, dostává se Vám do rukou dotazník, který je důležitý pro vypracování mé bakalářské práce na téma „Trend dětské obezity“

Cílem dotazníku je zjistit stravovací návyky a aktivity dětí s nadváhou nebo obezitou. Vaše odpovědi mi pomohou získat cenné informace, které budu moci využít ve své bakalářské práci. S dosaženými výsledky Vás velice ráda seznámím. Informace, které prostřednictvím dotazníku získávám jsou anonymní a budou použity pouze pro účely mé bakalářské práce.

Dotazník je rozdělen na dvě části : první vyplňují rodiče, druhou dítě. Přečtěte si prosím otázky a zakroužkujte tu odpověď, která nejlépe odpovídá skutečnosti. V případě volného řádku napište správnou odpověď. Děkuji Vám za Vaši ochotu i čas věnovaný vyplnění dotazníku.

Renata Poláková

PRO RODIČE:

1. Věk Vašeho dítěte :

-

2. Porodní hmotnost Vašeho dítěte :

-

3. Způsob porodu :

- Přirozený (vaginální)
- Císařský řez

4. Jak dlouho bylo kojeno Vaše dítě?

- Kojeno nebylo
- Do 2 měsíců
- 2 -6 měsíců
- Do 12 měsíců
- Déle než 12 měsíců

5. Od kterého měsíce jste zařadili nemléčné příkrmy?

- Od 4 měsíce
- Od 5 měsíce
- Od 6 měsíce

6. Léčí se někdo ve Vašem příbuzenstvu na uvedené onemocnění (napište prosím variantu ANO či NE)

- Diabetes mellitus
- Onemocnění štítné žlázy

7. Léčí se Vaše dítě na nějaké onemocnění, pokud ano napište na jaké?

-

8. Jaké je Vaše dosažené vzdělání?

- Matka
- Otec

9. Jaká je aktuální váha a míra Vašeho dítěte?

.....

10. Kolik hodin denně Vaše dítě spí?

-

11. Jak trávíte svůj společný volný čas (divadlo, vycházky, rekreační sport – lyže, cyklistika, plavání, turistika)

-
.....

12. Je někdo ve Vaší rodině obézní?

.....

PRO DÍTĚ:

1. Jaké sportovní kroužky navštěvuješ ve školním roce alespoň jednou týdně (pokud nenavštěvuješ žádné, napiš žádné)

-
.....
.....
.....

2. Jaké sportovní aktivity máš o víkendu? (všechny aktivity vyjmenuj)

-
.....
.....
.....

3. Kolik času týdně trávíš u : (napiš prosím kolik hodin týdně)

- Počítače, Play Station
- Televize, DVD
- Čtení knih
- Hraní na hudební nástroj
- Jiné (napiš jaké)

4. Máš nějaké zdravotní obtíže, které tě omezují v pohybové aktivitě?

- Ano (prosím napiš jaké)
- Ne

5. Jak cestuješ do školy?

- Chodím pěšky
- Jezdím s rodiči autem
- Dojíždím autobusem nebo vlakem

6. Kolikrát denně jíš? Počítají se i svačinky.

- 3 krát denně
- 4 krát denně
- 5 krát denně
- 6krát denně

7. Snídáš ?

- Ano
- Ne
- Někdy

8. Jíš i po 20. hodině večer, pokud máš hlad ?

- Ano
- Ne
- Někdy

9. V kolik hodin večeříš?

.....

10. Uveď jak často konzumuješ následující potraviny (1x denně, 1 -2 x týdně, 3x týdně, 1 –3x měsíčně, nikdy)

- Maso
- Ryby
- Drůbež
- Mléko, mléčné výrobky
- Pečivo tmavé
- Pečivo světlé
- Rýže
- Těstoviny
- Brambory
- Knedlíky
- Slané tyčinky, brambůrky, oříšky
- Sladkosti (sušenky, čokoláda, bonbony)
- Sladké pití (limonáda, coca cola)
- Voda, neslazená minerálka, čaj
- Ovoce
- Zelenina

11. Napiš jaká 3 hlavní jídla máš nejraději (např. hranolky s řízkem, hamburger, špagety, ...)

-
-
-

12. Jsi spokojený /á se svou postavou?

- Ano
- Ne
- Nepřemýšlel /a jsem o tom